



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Gestão e Organização de Cuidados
aos Recém-nascidos Pré-termo**

Maria Auxília Fonseca Tavares

Coimbra, 2020

|



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Gestão e Organização de Cuidados
aos Recém-nascidos Pré-termo**

- Relatório de Estágio -

Maria Auxília Fonseca Tavares

Orientador: Professor Doutor Manuel Gonçalves Henriques Gameiro

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, 2020

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de
água no mar.*

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota. . .

Madre Teresa de Calcutá

Às meus amores,

Joaquim

Diana, Luana, Daniela

Descrever com palavras seria simples demais!!!!!!!!!!!!!!

AGRADECIMENTOS

O final desta etapa, culminando com a elaboração deste relatório, traduz momentos marcantes de aprendizagens conseguidas com a colaboração de várias pessoas a quem quero manifestar a minha profunda gratidão:

Ao professor Doutor Manuel Gameiro, pelo seu rigor e profissionalismo na orientação, e também pelo incentivo, disponibilidade e partilha de sua sábia experiência;

À professora Doutora Ananda, pelo incentivo, palavras positivas e pelo sorriso demonstrado em momentos distintos. A sua sensibilidade deixou um marco importante;

À enfermeira Carmo Vaz, a sua prontidão apoio e incentivo permanente foram cruciais;

A todos os enfermeiros e profissionais da UCIN da MBB. A simpatia e espírito de acolhimento foram cruciais na concretização deste trabalho;

Às Enfermeiras, Paula Gaudêncio, Claudia Sobreiro, Ana Seabra, Graça e Maria João, pela preciosa colaboração;

Aos dirigentes de enfermagem do CHUC e Neonatologia de Leiria, que prontamente responderam ao nosso pedido de visita aos seus serviços;

Aos colegas MESIP, pelos acolhimento e simpatia que foi motivo de força para que eu seguisse em frente nessa longa caminhada;

Aos pequeninos da Neonatologia de Cabo Verde, que são a razão do meu ser profissional, e aos pequeninos de Coimbra a quem assisti e prestei cuidados. Convosco aprendi muito;

A enfermeira Edite Silva, pelo incentivo a dar mais um passo em enfermagem, e a minha colega Gualberta pela amizade partilhada e pelo incentivo permanente;

Aos meus colegas da Neonatologia de Cabo Verde, com quem driblamos momentos marcantes, enquanto que o positivo nos alegra, o negativo muitas vezes reflete em incentivo para darmos mais um passo a frente;

À memória do meu pai, que soube transmitir valores que hoje são os que me acompanham, e em especial pela intuição de proteção recebida, e à minha mãe pelas suas incansáveis orações;

Ao meu cunhado Domingos, à minha sobrinha Gisela pelo afeto especial.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP - Academia Americana de Pediatria

AIG - Adequado a Idade Gestacional

CDC - Cuidados Centrados no Desenvolvimento

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CCF - Cuidados Centrados na Família

COPE - Criando Oportunidades Para o Empoderamento dos Pais

DGS - Direção Nacional de Saúde de Portugal

GIG - Grande para a Idade Gestacional

HAP - Hospital de Apoio Perinatal

HAPD - Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado

ICN – International Council of Nurses

IG - Idade Gestacional

LIG - Leve para a Idade Gestacional

MBB - Maternidade Bissaya Barreto

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ODS - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

OE - Ordem dos Enfermeiros de Portugal

OMS- Organização Mundial da Saúde

PQCE - Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem,

RCEESCJ - Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido Prematuro

ROP - Retinopatia da Prematuridade

RPR - Redes Perinatais Regionais

SNS - Serviço Nacional de Saúde de Portugal

TPPT- Trabalho de Parto Pré-termo

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIRN - Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCIRN)

UCF - Unidades Coordenadoras Funcionais

UMMF - Unidade de Medicina Materno-fetal

UIP - Unidade de Intervenção Precoce

RESUMO

Introdução: Na realidade Cabo-verdiana, as autoridades sanitárias vem demonstrando preocupação com os serviços de neonatologia, pela sua deficiente capacidade de resposta, fazendo com que a mortalidade neonatal contribua para a estagnação da mortalidade infantil. A enfermagem deve pugnar pela qualidade dos cuidados aos recém-nascidos de alto risco, especialmente aos prematuros, sendo este o motivo para realização do Estágio em centros de referência nesta área em Portugal. **Objetivos:** analisar os fundamentos e processos de organização de cuidados especializados aos recém-nascidos pré-termo (RNPT) em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e em serviços de suporte (transferência, avaliação/seguimento pós-alta); analisar criticamente os protocolos em uso numa UCIN, comparando com as normas e guidelines internacionais; projetar mudanças a implementar no contexto profissional como Enfermeira Especialista (EE) de cuidados a RN prematuros em Cabo Verde. **Metodologia:** Estágio desenvolvido em seis módulos: I - Cuidados Específicos Promotores do Desenvolvimento dos RNPT; II - Cuidados de prevenção, avaliação e alívio da dor e stresse dos RNPT; III - Estratégias promotoras do aleitamento materno nos latentes nascidos prematuros; IV - Envolvimento e capacitação dos pais para a parentalidade; V- Avaliação e cuidados imediatos e mediatos pós nascimento (sala de partos e transferência); VI - Continuidade dos cuidados (follow-up das crianças nascidas prematuras). Estes módulos tiveram uma componente de trabalho de campo (observacional e experiencial) com 195 horas numa UCIN, incluindo também sala de partos e consultas externas. A componente de investigação foi explícita numa revisão integrativa de literatura. **Conclusão:** A gestão dos cuidados ao RNPT, além de exigir uma boa organização e articulação dos serviços envolvidos, implica que as intervenções estejam assentes em filosofias atuais de cuidados centrados no desenvolvimento e alargado à família, permitindo não só a redução da mortalidade, como também qualidade de vida dos sobreviventes tanto a curto como a longo prazo. A enfermagem possui papel preponderante em todos os âmbitos de atuação.

Palavras chaves: Recém-nascido prematuro; Organização de cuidados; UCIN; Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: In the Cape Verdean reality, health authorities have been showing concerns with neonatal services, due to their poor responsiveness, making neonatal mortality contribute to the stagnation of infant mortality. Nursing should strive for the quality of care for high-risk newborns, especially premature infants, being this the reason for Internship in reference centers in this area in Portugal. **Objectives:** Analyze the fundamentals and processes of organization of specialized care for preterm newborns (PTNB) in NICU and support services (transfer, evaluation/ post-discharge follow-up); analyze critically the protocols in use in a NICU, comparable with international standards and guidelines; design changes to be implemented in the professional context as a Specialist Nurse (SN) of premature NB care in Cape Verde. **Methodology:** Internship developed in six modules: I - Specific Care Promoters of the Development of PTNB; II - Prevention care, evaluation and pain relief and stress of PTNB; III Strategies of Breastfeeding promotion in late infants born premature; IV - Involvement and training of parents for parenting; V- Evaluation and immediate and mediate care after birth (delivery room and transfer); VI - Continuity of care (follow-up of children born premature). These modules had a field work component with 195 hours in a NICU, including delivery room and external consultations. The research component was explicit in an integrative literature review. **Conclusion:** The organization of PTNB care, besides involving a good organization and articulation of the services involved, implies that interventions are based on current philosophies of cares focused on the development, allowing not only the reduction of mortality but also the quality of life of survivors both in short and long term. Nursing has a major role in all fields of activity.

Keywords: Preterm Newborn; Organization of care; NICU Nursing;

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1: Síntese do processo de seleção dos estudos | 118 |
|--|-----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|----------------|-----|
| Quadro 1:..... | 92 |
| Quadro 2:..... | 117 |
| Quadro 3:..... | 118 |
| Quadro 4:..... | 120 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO..... | 19 |
| CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 25 |
| 1.1 A PREMATURIDADE: PREVALÊNCIA, FATORES DE RISCO E CLASSIFICAÇÃO..... | 25 |
| 1.1.1 Prevalência | 25 |
| 1.1.2 Fatores de Risco | 26 |
| 1.1.3 Classificação | 27 |
| 1.2 GESTÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM | 29 |
| 1.2.1 Organização de Cuidados aos Recém-nascidos Pré-termo..... | 31 |
| 1.2.2 Filosofias de Cuidados aos RNPT..... | 36 |
| 1.2.3 Ambiente Favorável ao Cuidado Centrado no Desenvolvimento numa UCIN | 46 |
| CAPÍTULO II – EXPERIÊNCIAS DE APRENDIZAGEM NO CONTEXTO DE ESTÁGIO..... | 63 |
| 2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE DEENVOLVIMENTO DOS MÓDULOS DE ESTÁGIO | 63 |
| 2.1.1 Maternidade Bissaya Barreto..... | 65 |
| 2.2.2 Maternidade Daniel de Matos | 71 |
| 2.2.3 Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos do Hospital de Leiria | 73 |
| 2.2 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E EVIDÊNCIAS DE APRENDIZAGENS POR MÓDULO | 75 |
| 2.2.1 Módulo I - Cuidados Específicos Promotores do Desenvolvimento do RNPT..... | 75 |
| 2.2.2 Módulo II - Cuidados de prevenção, avaliação e alívio da dor e stresse dos RNPT | 104 |
| 2.2.3 Módulo III – Promoção do aleitamento materno no RNPT | 112 |
| 2.2.4 Módulo IV- Envolvimento e capacitação dos pais para a parentalidade. | 135 |

| | |
|---|------------|
| 2.2.5 Módulo V - Avaliação e cuidados imediatos pós nascimento (sala de partos) transferência para neonatologia | 150 |
| 2.2.6 Módulo VI: Continuidade dos Cuidados (<i>follow-up</i> das crianças nascidas prematuras)..... | 158 |
| CAPÍTULO III - PROPOSTA DE PROJETO DE INOVAÇÃO | 169 |
| 3.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CABO VERDE | 169 |
| 3.2 PROPOSTA DE MELHORIA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CABO VERDE | 172 |
| CONCLUSÃO | 175 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS) | 179 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice 1 - Tabela de Colheita de dados da Revisão Integrativa | |
| Apêndice 2 - Plano de Sessão de Formação para Enfermeiros | |
| Apêndice 3 - Sessão de Formação para Enfermeiros | |
| Apêndice 4 - Plano de Sessão de para Formação Assistentes Operacionais | |
| Apêndice 5 - Sessão de para Formação Assistentes Operacionais | |
| Apêndice 6 – Humidade ambiente no RNPT: proposta de Protocolo | |
| ANEXOS | |
| Anexo 1 - Protocolo de Sulfato de Magnésio utilizado na MBB | |
| Anexo 2 - Escalas de Avaliação da dor Implementadas na UCIN da MBB | |
| Anexo 3 – Instrumentos de avaliação do recém-nascido prematuro | |

INTRODUÇÃO

É notado na literatura que hoje existe uma grande preocupação e investimento na área de neonatologia, levando a que cada vez mais sobrevivam prematuros com menor idade gestacional. Freitas (2014), citando Machado et al. (2002) e Cunha et al. (2002), alerta que quando se satisfaz o direito de nascer prematuro nas melhores condições há que fazer face às exigências especiais desta população, sendo estas: apoio à família, programas de intervenção precoce, pessoal qualificado e em número suficientes; pois só assim conseguir-se-á proporcionar qualidade de vida a estes futuros cidadãos.

Na realidade cabo-verdiana, os serviços de neonatologia têm merecido uma atenção especial da parte das autoridades sanitárias nacionais nos últimos anos, pelo facto de se ter observado uma grande dificuldade em fazer baixar a taxa de mortalidade infantil nacional, precisamente pela deficiente capacidade de resposta desses serviços, fazendo com que a mortalidade neonatal contribua grandemente para a estagnação desse indicador.

Segundo o relatório Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) de Cabo Verde 2015 (2015),

Para reduzir o número de óbitos entre as crianças menores de 5 anos e atingir a meta para este indicador, será necessária uma atenção especial à faixa de 0-1 anos, que só em 2014 é responsável por 89,9% dos óbitos em menores de 5 anos, tendo sobretudo como principal causa desses óbitos as afeções perinatais, responsáveis por 63% dos mesmos. Verifica-se para além disso uma tendência para a concentração de óbitos em crianças menores de 1 ano no período neonatal precoce (em crianças com menos de 7 dias de vida): representam 56% dos óbitos em menores de 1 ano, em 2009, 62,3% em 2013 e 53,4% em 2014. (p. 44).

Este relatório ainda especifica os principais constrangimentos enfrentados, nomeando como exemplo a quantidade e a qualidade dos recursos humanos, nomeadamente o número insuficiente de quadros formados em cuidados neonatais, inexistência/utilização de protocolos nos serviços de neonatologia e tecnologia insuficiente de atendimento aos neonatos.

Dados mais recentes publicados em Cabo Verde (Relatório Estatístico 2017, 2018) não revelam nenhuma tendência para a melhoria desse indicador, mostrando uma taxa de mortalidade infantil de 15,8 por mil nascidos vivos, continuando as afeções perinatais a representar maior taxa desses óbitos (55%).

Especialmente os profissionais de enfermagem devem pugnar pela qualidade dos cuidados aos RN de alto risco, em particular aos prematuros. É absolutamente necessário o desenvolvimento de competências nesta área que assegurem a assistência de qualidade aos RN e suas famílias, necessitando para isso de condições de formação de alguns dos enfermeiros em centros de cuidados aos RN de referência internacional, na lógica não só do aperfeiçoamento técnico, mas, igualmente, de aquisição de uma visão mais abrangente orientada para a gestão dos cuidados, capaz de se projetar como recurso de apoio na assessoria sobre a organização dos cuidados e na formação dos profissionais que trabalham em unidades de cuidados a RN prematuros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros de Portugal (OE), a gestão dos cuidados é uma das competências gerais do enfermeiro especialista: “a) gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; b) adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”(Ordem dos Enfermeiros, 2015, P. 4745). Neste sentido, pode-se entender que os enfermeiros devem possuir competências para gestão de cuidados, o que segundo (Rojas, Henao-Murillo, & Quirós-Jaramillo, 2011), em UCIN, faz referência à aquisição de competências relacionadas com a realização de atividades, com e mediante as pessoas e os recursos disponíveis, envolvendo um conjunto de métodos e ferramentas, de modo a que a eficiência e a eficácia sejam alcançadas.

Mediante o exposto, tendo já acumulado uma certa experiência numa UCIN, e sendo a minha área de predileção, sinto-me comprometida com o futuro desse serviço, onde acho que talvez possa dar um contributo decisivo no âmbito da minha formação.

Ao longo do desenvolvimento do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (MESIP), vindo a refletir sobre as minhas aprendizagens, atualmente, sinto que ainda preciso adquirir competências na área de Gestão e Organização dos Cuidados ao RNPT, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no meu contexto

de trabalho, sendo este o motivo que me levou à escolha deste tema, “Gestão e organização dos Cuidados ao RNPT”

A razão de base para opção pelo estágio, além de prender-se com uma vontade de expandir conhecimentos no domínio de gestão e organização dos cuidados de enfermagem ao RNPT, deve-se também ao facto de eu ter trabalhado nos últimos anos numa UCIN (Hospital da Praia - CV), sentindo-me profissionalmente comprometida com a qualidade dos cuidados nesse contexto.

Para Casimiro (2015), quando se fala em gestão, pode-se pensar na capacidade de avaliar, responsabilizar, conduzir pessoas com saber, capacidade e rigor assente em informação e conhecimento. Gerir implica, entre outras, a capacidade de organizar, que, sendo uma das funções do processo administrativo, pode ser entendida como a integração das atividades realizadas pelos diferentes elementos numa organização, para atingir os seus objetivos traçados.

Neste sentido, Oliveira, Toso e Matsuda (2018), referem que a gestão de cuidados de enfermagem, nos dias de hoje, assume um papel relevante, na medida em que ajuda as instituições de saúde a alcançar as metas preconizadas para a qualidade dos cuidados ao utente.

Gerir em enfermagem implica além de organizar espaço, tempo, pessoas, materiais e recursos financeiros, organizar o trabalho na sequência mais adequada, permitindo assim uma maior eficiência e eficácia, conduzindo ao alcance dos objetivos preconizados (Malagutty & Caetano, 2009). Sendo assim, como referem Cunha, Rego, Cunha, Cardoso e Neves (2016, p.672), “a gestão é necessária para incutir racionalidade, cálculo, contensão, eficiência dos procedimentos, imitação conservação, rotina”.

Segundo Frederico e Leitão (1999), organizar é uma das funções do processo administrativo que na sua prática interpreta os objetivos propostos pelas instituições, transformando-os em ação Institucional. A gestão dos cuidados é uma atividade da administração que agrega meios humanos, materiais e financeiros permitindo que o objetivo previamente definido pela unidade de cuidados seja atingido. Em enfermagem, a escolha de um método para organizar os cuidados é fundamental para que cada enfermeiro possa planear o seu trabalho.

Ainda, quando falamos de gestão dos cuidados, somos remetidos para a ideia Christovam, Porto e Oliveira (2012), quando referem que a gestão do cuidado sempre

esteve implícita nas práticas diárias do enfermeiro em contexto hospitalar, o que existe é uma dificuldade do enfermeiro em perceber que quando cuida também gere ao mesmo tempo o cuidado.

Uma característica fundamental da gestão dos cuidados de enfermagem é que estes são organizados em torno do cliente, e não da unidade onde este se encontra inserido (Tappen, 2005). Em ambiente das UCIN, a organização do cuidado deve ser centrada tanto na qualidade técnica como na humanização, com especial foco para as necessidades individuais de cada RN, para que futuramente não venham a desencadear sequelas que os possam privar de uma sobrevida com qualidade.

Entendendo, portanto, que um dos eixos de intervenção para inverter essa tendência da ainda elevada mortalidade infantil e neonatal, deve ser a formação e qualificação dos recursos humanos nacionais na área de pediatria, com especial foco no componente neonatal, particularmente na vertente da gestão e organização dos cuidados, pois é uma das áreas onde pensamos que os benefícios possam ser maiores.

Propomo-nos, assim, como complemento à formação adquirida durante a fase letiva do MESIP, nomeadamente da experiência de ensino clínico na UCIN da Maternidade de Bissaya Barreto (CHUC), a realizar um estágio em unidades e serviços de cuidados especializados em cuidados ao RNPT da região centro de Portugal, reconhecidos como de qualidade elevada e sendo considerados um dos determinantes fundamentais para a baixa taxa de mortalidade perinatal e neonatal precoce nessa região

Os objetivos gerais desse estágio são:

- Analisar os fundamentos e processos de organização de cuidados especializados (especialmente os cuidados de enfermagem) aos RN prematuros em UCINs e em serviços de suporte (transferências e seguimento pós alta).
- Analisar criticamente os protocolos em uso numa UCIN, comparando com as normas e guidelines internacionais disponíveis.
- Projetar mudanças a implementar no contexto profissional como Enfermeira Especialista (EE) de cuidados a RN prematuros em Cabo Verde.

Perante o exposto, o estágio foi organizado em seis módulos a saber: Módulo I - Cuidados específicos promotores do desenvolvimento dos RNPT; Módulo II - Cuidados de prevenção, avaliação e alívio da dor e stress dos RNPT; Módulo III - Promoção do aleitamento materno no RNPT; Módulo IV - Envolvimento e capacitação dos pais para a

parentalidade; Módulo V - Avaliação e cuidados imediatos pós nascimento (sala de partos) transferência para neonatologia; Módulo VI - Continuidade dos Cuidados (follow-up das crianças nascidas prematuras.

Os quatro primeiros módulos foram desenvolvidos em UCIN, o quinto na sala de partos onde se prestam cuidados imediatos ao RNPT e por último o sexto, na consulta de follow-up onde se pretende avaliar as aptidões dos pais e crianças nascidas prematuras. Em cada um desses módulos, foram desenvolvidas diversas atividades de aprendizagens, organizadas de modo a atingir os objetivos específicos previamente definidos.

O relatório inicia-se com um enquadramento teórico, onde é clarificado alguns conceitos específicos sobre a prematuridade, gestão e organização dos cuidados de enfermagem ao RNPT e uma breve contextualização de filosofias específicas de cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT.

De seguida, fazemos um relato das atividades, pondo em evidência as aprendizagens conseguidas em função dos respetivos objetivos, estando estas precedidas de uma breve contextualização dos serviços onde o estágio foi desenvolvido. A componente de investigação é mais explícita no Módulo III, em que apresentamos o processo e os resultados de uma revisão integrativa da literatura sobre *“Estratégias Promotoras do Aleitamento Materno nos lactentes Nascidos Prematuros”*.

Com este relatório de estágio centrado na “Gestão e Organização de Cuidados ao RNPT”, pretende-se investir numa organização do trabalho de enfermagem com foco na projeção de melhoria dos cuidados de enfermagem em Cabo verde, tendo por base o “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem”, encarando sempre a família como alvo de suas intervenções.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta primeira parte deste trabalho, segundo referido anteriormente, é apresentado o enquadramento teórico sobre a situação da prematuridade, sobre a gestão em enfermagem, com especial foco para gestão dos cuidados ao RNPT em UCIN, sobre as filosofias com base nos cuidados centrados no desenvolvimento (CDC) e, por último, sobre as características de um ambiente favorável ao cuidado centrado no desenvolvimento na UCIN.

1.1 A PREMATURIDADE: PREVALÊNCIA, FATORES DE RISCO E CLASSIFICAÇÃO

A prematuridade é um conceito que envolve diferentes situações, apresentando do ponto de vista clínico circunstâncias diversas, sendo, na maioria dos casos, imprevisível e variando de acordo com características populacionais, com uma etiologia de carácter multifatorial. É considerada como uma das complicações obstétricas mais comuns, continuando a ser a principal causa de morbimortalidade no período neonatal a nível mundial, sendo também responsável pelo maior número de internamentos em UCIN (Chawanpaiboon et al., 2019; Hockenberry & Wilson, 2014; OMS, 2019a; Zugaib, 2008).

1.1.1 Prevalência

Segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (2019), estima-se que em cada ano nascem cerca de 15 milhões de prematuros em todo o mundo. Dados confiáveis evidenciam que em quase todos os países existe uma tendência para o aumento das taxas desses nascimentos, acabando por representar um grave problema de saúde pública a nível mundial.

De acordo com essa organização, existem grandes diferenças nas taxas de sobrevivência em função do lugar onde nascem. Enquanto que a taxa de sobrevivência vai aumentando em países de alta renda, nos países de média e baixa renda, a mortalidade nesses recém-nascidos continua com valores elevado, chegando mesmo a atingir cerca de um milhão de mortes por ano, tendo como uma das principais causas complicações no período neonatal.

Conforme o documento “Born too Soon”: Relatório de Ação Global para a Prematuridade (World Health Organization, 2012a), mais de 80% de todas as mortes de RN ocorrem entre bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer (BPN), sendo os países de baixa renda responsáveis por mais de metade desses óbitos. Nos países mais pobres, em média, 12% dos RNs são prematuros em comparação com 9% nos países de renda mais alta. Neste quadro, um RNPT africano tem o risco de morte neonatal por complicações relacionados com o parto pelo menos 12 vezes maior em relação a um RNPT europeu.

Ainda, segundo este mesmo documento, mais de 80% dos nascimentos prematuros ocorrem entre 32 e 37 semanas de gestação e evidencia-se que mais de 75% das mortes de prematuros poderiam ser evitadas apenas com cuidados adequados durante o trabalho de parto e parto e no período neonatal, sem envolvimento de terapia intensiva.

Chawanpaiboon et al. (2019) alertam para que os prematuros que sobrevivem apresentam maior risco de complicações a curto e longo prazo, representando altos custos para o sistema de saúde e sérias dificuldades para as famílias. Sendo este um problema de saúde global, a sua abordagem deve ser também de forma global no sentido de reduzir a mortalidade infantil e neonatal e alcançar o terceiro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da OMS: “Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”.

Fica claro que a principal forma de encarar a situação da prematuridade é investir na sua prevenção. No entanto, a prevenção de todos os partos prematuros não é possível, por existirem muitos fatores de risco. A identificação e redução dos fatores de risco maternos e fetais precocemente e o planejamento de intervenções para reduzir a sua ocorrência são estratégias importantes, sendo uma assistência pré-natal adequada com foco na educação para a saúde para identificar os fatores de risco, estratégia chave para a identificação dos mesmos.

1.1.2 Fatores de Risco

O parto pré-termo (PPT) é considerado de etiologia multifatorial e muitas vezes não totalmente conhecida, no entanto, pesquisas vem associando-o a alguns fatores de riscos que podem aparecer tanto de forma isolada como de forma associada (Bittar, 2018; Otoni & Grave, 2014; Ramos & Cuman, 2009; Zugaib, 2008). Com frequência a grávida não

tem noção de que está em risco de desencadear um trabalho de parto prematuro, tornando a intervenção e o tratamento precoce não efetivos (Ricci, 2008).

Condições como pobreza, má nutrição, idade materna inferior a 16 anos ou superior a 40 anos, baixo peso materno, insuficiente ganho de peso materno, stresse materno baixa escolaridade materna, tabagismo, etilismo, doença aguda ou crônica da mãe gemelaridade, problemas de fertilidade, partos prematuros anteriores, multiparidade, desproporção feto-pélvica, malformações uterinas, crescimento intrauterino restrito, ausência e ou assistência pré-natal deficiente, história de interrupção da gravidez, seja ela voluntária ou espontânea são apontados como fatores de risco (Ramos & Cuman, 2009; Zugaib, 2008)

Como causas mais frequentes, a (OMS, 2019b) considera as infecções, doenças crônicas da mãe, como hipertensão e diabetes, gravidezes múltiplas, e ainda acrescenta que pode existir influência genética. Frequentemente pode ocorrer associação de diferentes fatores de riscos que podem ser maternos ou fetais.

A enfermagem desempenha um papel importante na redução do trabalho de parto pré-termo, melhorando os desfechos da gravidez tanto para a mãe como para o bebê. A identificação precoce dos riscos permite intervenções apropriadas no sentido de não só prolongar a gravidez, como transferir a grávida para instituições de apoio perinatal diferenciado. No entanto, cabe ainda realçar que prever o risco só tem valor se os serviços estiverem organizados a ponto de terem em mão intervenções que provavelmente melhoram a situação.

1.1.3 Classificação

Para caracterizar a prematuridade, é fundamental que se conheça a idade gestacional (IG), sendo para isso recomendado levar em consideração a data da última menstruação e sua concordância com a ultrassonografia obstétrica realizada até a 12^a semana de gestação ou pelo menos duas ultrassonografias compatíveis até à vigésima segunda semana de gestação. A não observância desses dados prejudica a avaliação exata da IG (Zugaib, 2008), implicando, por conseguinte, na definição correta do limiar de viabilidade.

A viabilidade fetal é um dos temas chaves da perinatologia. Está relacionada com um estágio de maturidade fetal que permite a sobrevivência extrauterina com uma percentagem superior a 50%. Todavia, a sua definição não deve resumir-se ao simples

facto de nascer vivo, mas sim deve existir uma ligação entre a vida com significado e o tempo razoável de sobrevivência (Freitas, 2014; Wilson & Hockenberry, 2014).

Os limites de viabilidade, entre outros indicadores de saúde perinatal, como a taxa de prevalência, taxa de sobrevivência e de morbidade, refletem o nível de assistência perinatal de uma sociedade, repercutindo-se, por conseguinte, na avaliação do seu nível de desenvolvimento (Freitas, 2014).

Definir com precisão o limite de viabilidade a partir do qual é possível a sobrevivência com qualidade vem sendo um grande desafio para a perinatologia, pois, além de ser um conceito biológico, médico, legal e socioeconómico, dependente da realidade de cada país, ainda depende dos recursos disponíveis e da maturidade que advém da idade gestacional (Sanders, referido por Freitas, 2014).

O RNPT é aquele que nasce com IG inferior a 37 semanas, sendo classificado em função deste parâmetro, em prematuros extremos (menos de 28 semanas de IG), grande prematuro (28 a 32 semanas IG) e prematuro moderado a tardio (32 a 37 semanas IG) (Hockenberry & Wilson, 2014; OMS, 2019a).

Graças ao avanço tecnológico e à melhoria nos cuidados obstétricos e neonatais, o limite de viabilidade vem sofrendo alterações ao longo do tempo, dando lugar à sobrevivência de RNPT com peso e idade gestacional cada vez mais reduzida (Freitas, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014). Especificamos também como contributo importante para a sobrevivência destes RNPT o surgimento da ventilação de alta frequência e novos agentes farmacêuticos, tais como os esteroides antenatais e o surfactante (Areia, Almeida, José, & Braga, 2018; Freddi, Filho, & Fiori, 2003). Hoje já é possível classificar os RN com idade gestacional maior que 22 semanas e ou com peso maior que 500 gramas como viáveis:

Em centros competentes, a sobrevivência é igual ou superior a 50% para recém-nascidos com peso à nascença entre 500 e 749g, igual ou superior a 85% para bebés que pesem entre 750 a 999g, cerca de 95% para bebés que pesem entre 1001 e 1249g e inequivocamente superior a 98% para bebés com peso compreendido entre 1500 e 2449g” (Freitas, 2014, pp. 31-32).

O peso ao nascer é, portanto, outro parâmetro que deve ser levado em consideração na classificação do RNPT, sendo deste modo, classificado em recém-nascido de baixo peso (RNBP - peso de nascimento <2500g), recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP -

peso de nascimento <1500g) e recém-nascido de extremo baixo peso (RNEBP - com peso de nascimento <1000g) (Hockenberry & Wilson, 2014; OMS, 2019a).

Wilson e Hockenberry (2014) alertam para que dados fiáveis vem mostrando a relevância de fatores que influenciam o crescimento intrauterino (ex.: hereditariedade, insuficiência placentária e doença materna), refletindo-se, por conseguinte, no peso ao nascer. Sendo assim, recomendam que, quando se avalia o RNPT, deve-se considerar o peso correlacionado com a IG, resultando neste contexto, a classificação de pré-termo leve para a idade (LIG), pré-termo com peso adequado a IG (AIG) e pré-termo grande para a IG (GIG).

Os dados obtidos correlacionando estes dois parâmetros (peso e IG) proporcionam tanto melhores orientações para lidar com estes RNs, como melhores métodos para predizer os riscos (Hockenberry & Wilson, 2014).

1.2 GESTÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

Nas organizações de saúde, é cada vez mais visível a adesão aos programas que visam a qualidade nos serviços prestados, tendo como foco diferentes instrumentos com diferentes finalidades e objetivos, exigindo neste sentido competências de gestão específicas dos seus responsáveis (Casimiro, 2015).

Nessas organizações, o enfermeiro é um elemento de destaque, pois a sua prática focada tanto na assistência direta ao paciente e sua família, como no suporte e interface entre os elementos da equipa multidisciplinar, mostra a sua abrangência e o seu potencial de organização em qualquer instituição de saúde (Malagutty & Caetano, 2009).

É neste contexto que hoje a enfermagem é desafiada com a pertinente necessidade de inserção não só na esfera da assistência direta ao paciente, como na esfera da gestão, alargando o seu âmbito de intervenção para além da parte tradicional de cuidar. Ao falar de gestão do cuidado de enfermagem, referimo-nos tanto às ações de cuidado direto como às de cuidado indireto, de caráter instrumental e expressivo, executado pelo enfermeiro de forma integrada e articulada, cuja finalidade é oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade aos seus utentes (Malagutty & Caetano, 2009; Christovam et al., 2012).

A Ordem dos Enfermeiros de Portugal preconiza que o Enfermeiro Especialista seja protagonista na procura constante da excelência do exercício profissional, contribuindo

para a máxima eficácia na organização dos cuidados (OE, 2018). Neste âmbito, o mercado de trabalho espera do enfermeiro competências para enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças, utilizando estratégias que o aproximem da equipa e do cliente, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado (Casimiro, 2015; Malagutty & Caetano, 2009)

Este profissional, pelo seu potencial, pode decidir entre ser ator coadjuvante ou organizar um grupo de protagonistas, que fará transformação do sector de saúde onde desempenha as suas funções, profissionalizando a gestão em todos os níveis, até ao ponto em que o paciente e a família percebem o valor agregado e a qualidade do cuidado e dos serviços prestados (Malagutty & Caetano, 2009).

Na lógica da organização dos cuidados, cabe ao enfermeiro que atua em âmbito de gestão, gerir os recursos humanos, recursos materiais, e equipamentos que são disponibilizados para o cuidado dos utentes, e estar preparado para enfrentar as mudanças tecnológicas e organizacionais, garantindo assim a excelência na prestação de cuidados (Casimiro, 2015).

Para garantir a excelência dos cuidados, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), cabe ao enfermeiro, ainda, a responsabilidade de estimular a formação contínua em serviço, colaborar na avaliação dos cuidados e na criação de indicadores de gestão (OE, 2013).

Frente às múltiplas interações nas organizações de saúde, o enfermeiro assume um papel preponderante nas múltiplas interfaces do cuidado, por ser um dos articuladores dos processos de trabalho, interagindo com a equipa e, muitas vezes, coordenando e organizando ainda que de forma implícita, todo o ambiente da organização (Klock, 2014).

Em ambiente específico, como o da UCIN, onde a assistência é especializada e de alta densidade tecnológica, com grande concentração de diferentes profissionais em virtude das características específicas do RNPT, a amplitude de atuação do profissional de enfermagem pode ser ainda mais visível. Para isso, é imprescindível que o enfermeiro tenha consciência de que através de sua visão de gestor e de seu exercício profissional adequado, ele poderá conduzir projetos de mudanças e inovar os modelos vigentes, fazendo a diferença no seu campo de atuação, isto é, mostrar o seu potencial não só na organização dos cuidados como na organização do ambiente no seu todo (Klock, 2014; Malagutty & Caetano, 2009).

1.2.1 Organização de Cuidados aos Recém-nascidos Pré-termo

O desenvolvimento de políticas voltadas para a área perinatal, os avanços científicos e tecnológicos associados a melhor compreensão da fisiologia do Recém-nascido vem contribuindo para o aumento da sobrevivência do RNPT, resultando numa mudança no perfil da mortalidade infantil a nível mundial (Klock, 2014; Chora & Azougado, 2015; Chawanpaiboon et al., 2019).

No entanto, estes neonatos prematuros que sobrevivem correm maior risco de morbidades em curto e longo prazo, representando altos custos para o sistema de saúde, e suas famílias. Para as famílias, além do custo, ainda vivenciam grandes consequências psicológicas (Chawanpaiboon et al., 2019).

Portugal afigura-se como um dos países exemplares, apresentando na globalidade redução nas taxas de mortalidade neonatal ao longo dos anos, sendo classificado como um dos países com taxas de mortalidade infantil mais baixas ao nível mundial (Peixoto, 2017). Estes progressos foram conseguidos graças a mudanças efetuadas na assistência materno e infantil em geral, com especial foco para a área de neonatologia.

Especificamente, como contributo importante nestes ganhos, destaca-se melhoria na organização dos cuidados, reunindo esforços para uma assistência qualificada ao RN, com transporte específico, assistência por técnicos (enfermagem e médicos) com formação diferenciada na área neonatal, promoção de protocolos nacionais, uniformizando metodologias de trabalho, realização e divulgação de estudos nacionais ou multicêntricos, levando tanto ao conhecimento da problemática, como ao controlo da qualidade de intervenção, e ainda abertura e equipamento de unidades de cuidados intermédios nos hospitais de apoio perinatal (Freitas, 2014).

Contrariamente, nos países de baixa e média renda, o RNPT ainda continua a morrer, especificamente por dificuldades e falta de atendimento adequado durante o período neonatal, de forma mais pronunciada nas populações mais pobres (Chawanpaiboon et al., 2019).

O documento “Born Too Soon” (WHO, 2012), já atrás referenciado, alerta também que mundialmente existem desigualdades nas taxas de sobrevivência. Enquanto que metade dos bebês nascidos com 24 semanas, sobrevivem em países de alta renda, em países baixa renda, metade dos bebês nascidos com 32 semanas continuam morrendo devido a falta de

cuidados viáveis decorrente dos altos custos associados a cuidados mínimos, como calor, apoio ao aleitamento materno, e cuidados básicos, como prevenção de infecções e apoio à respiração.

No entanto, esse mesmo documento, confirma que estudos e dados apresentados vem mostrando que é possível reduzir as mortes e complicações nessa população com cuidados simples, mesmo sem disponibilidade de cuidados intensivos neonatais. Especifica como exemplo, a importância do empoderamento da mulher (incluindo adolescentes), que pode resultar na diminuição das taxas parto prematuro, do empoderamento dos pais através de criação de “grupos de pais”, que vem sendo uma experiência de força dos mesmos e de consciencialização da problemática em suas regiões, capacitação dos profissionais para prestação de cuidados centrados no desenvolvimento do prematuro.

Neste âmbito, a OMS (2015, 2019) também aponta algumas diretrizes para encarar o problema, especificando por um lado intervenções na mãe, tais como: corticoterapia antenatal, antibioterapia em caso de ruptura prematura de membrana, sulfato de magnésio, para prevenção de futuros distúrbios neurológicos na criança e, por outro lado, intervenções no RN, exemplificando: cuidados para manutenção de uma temperatura corporal adequada, apoio à amamentação, método mãe canguru, oxigenoterapia segura quando necessário, e outros tratamentos que ajudem a criança a respirar mais facilmente.

Além dessas intervenções, a OMS recomenda igualmente ultrassonografia pré-natal (antes das 24 semanas) para todas as mulheres grávidas, alertando que esta recomendação em países de baixa e média renda, fazendo parte dos esforços coordenados para melhorar a qualidade dos cuidados maternos e neonatais, poderia melhorar a qualidade de assistência a grávida e provocar alterações nas taxas de nascimento pré-termo.

Seguindo também essa lógica de apoio na prematuridade, Chawanpaiboon et al. (2019) sugerem que abordar esta problemática de forma global é crucial para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, “assegurar o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos em todas as idades” e para reduzir a mortalidade neonatal e infantil relacionada com a prematuridade.

Essa globalidade implica pensar não só a saúde em pediatria como também na saúde da mulher. Estas duas vertentes, no que tange à saúde do RNPT, implicam uma organização de prestação de cuidados com um elevado nível de transdisciplinaridade, envolvendo

várias instituições, pelo que uma boa articulação entre os serviços e os profissionais revela-se imprescindível para a continuidade dos cuidados (Salcedo & Marba, 2015)

Para isso, cabe realçar a importância da organização dos serviços com instalações e meios humanos adequados à prestação de cuidados diferenciados, sendo esta mais eficiente quando a organização é baseada num sistema regionalizado que responde a uma determinada área geográfica (Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com os autores supracitados, segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, nas UCIN podem ser proporcionados cuidados referenciados em três níveis de complexidade crescente:

- ✚ Nível I – Proporciona cuidados maternos e neonatais básicos;
- ✚ Nível IIA – Disponibiliza cuidados à mãe e ao RN moderadamente doente com mais de 32s de gestação e mais de 1500g, sem necessidade de cuidados intensivos, e assegura convalescença aos RNs após cuidados intensivos;
- ✚ Nível IIB – Além dos níveis referidos anteriormente, assegura ventilação mecânica por mais de 24 horas e ventilação com pressão positiva contínua (VPPC);
- ✚ Nível III Cuidados Intensivos Neonatais, distribuídos em unidades referenciados em três subníveis, sendo com maior complexidade de cuidados:
 - Unidade de Nível IIIA, que presta assistência ao RNPT com peso superior a 1000 g e IG superior a 28s, com suporte de vida limitado à ventilação mecânica;
 - Unidade de Nível IIIB, que assegura assistência a RN com muito baixo peso (MBP) ao nascer, que carecem de ventilação de alta frequência, subespecialidade médica, diagnóstico imagiológico avançado ou cirurgia pediátrica;
 - Unidade de Nível IIIC, que inclui, além do nível IIIB, assistência com oxigenação através de membrana extracorporal e correção cirúrgica de malformação cardíaca grave.

Quando se fala na melhoria dos cuidados em saúde, é comum referenciar também exemplos de ganhos conseguidos com as políticas orientadas para a regionalização e interligação dos cuidados na área materno-infantil. Ferraz (2017) fala dessas políticas

exemplificando as melhorias conseguidas em perinatologia com a rede de referência dos serviços existente no Sistema Nacional de Saúde, em Portugal.

Em Portugal, existe uma política de organização dos cuidados com base em redes de referência que desempenham um papel fundamental enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados, promovendo a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades hospitalares (Serviço Nacional Saúde, 2019).

Estas redes foram estruturadas para satisfazer simultaneamente as necessidades de vigilância na proximidade e concentrar as situações de risco para obter melhores resultados com menores custos (Peixoto, 2017)

A rede referência integra os Centros de Saúde, Hospitais de Apoio Perinatal (HAP), Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) Hospital de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado (HAPAD) e as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) (Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, 2012; Peixoto, 2017).

Dentro da rede de referência neonatal, recomenda-se a concentração dos RN de alto risco ou abaixo das 28 semanas em HAPD ou HAPAD, pois o risco de morbimortalidade nesta população é maior se o parto ocorrer num hospital sem UCIN. Isto implica uma organização das Redes Perinatais Regionais (RPR), para que garantam eficiência na comunicação, continuidade, complementaridade, concentração de Recursos e um sistema de avaliação e formação contínuas (Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente, 2012)

As RPR devem conter um processo de intervenção bem organizado que garanta o diagnóstico pré-natal, transferência in útero ou pós-natal para os centros de referência em tempo oportuno. Esta centralização dos casos de risco obstétrico e neonatal passou a ser garantida graças ao transporte medicalizado interinstitucional e à promoção do transporte in útero em tempo oportuno (Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, 2012; Direção Geral da Saúde, 2001; Peixoto, 2017).

Como referido anteriormente, faz parte da rede de referência as UCF. Estas unidades, no âmbito da Saúde Materna e Neonatal foram criadas pelo Despacho 6/91, de 28 de maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, e reestruturadas

pelo Despacho 12917/98, de 27 de junho, da Ministra da Saúde, que alargou o seu âmbito e competências à criança e ao adolescente.

As UCF são os responsáveis por garantir a articulação e coordenação funcional entre os níveis de cuidados de saúde do SNS (Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente, 2012).

Para garantir um desempenho adequado e correspondente, os edifícios devem ser adequados com pessoal qualificado e em número suficiente, sendo que para a enfermagem a garantia é estabelecida quando o rácio seja um enfermeiro para cada RN necessitando de cuidados intensivos ou um enfermeiro para cada três ou quatro crianças onde a criança precisa de suporte intermédio ou em preparação para alta (Hockenberry & Wilson, 2014).

A organização dos cuidados de Enfermagem numa UCIN é dinâmica, interativa, complexa e interdependente dos demais sistemas de saúde, sendo implícito um processo de gestão de boas práticas de cuidados voltado para a integralidade do RNPT e sua família (Klock, 2014).

Gerir o Cuidado em neonatologia implica incorporar novas práticas no processo de cuidar em enfermagem, sendo estas: promover o trabalho em equipa; atualização constante para compreender as especificidades de lidar com a complexidade envolvente numa UCIN; partilha de cuidados com a família; identificação das atitudes e dos comportamentos da gestão em UCIN; preocupar-se com as repercussões do cuidado ao RNPT em ambiente crítico e tecnológico (Klock, 2014).

Tal como já foi assinalado anteriormente, a enfermagem é um grupo de destaque nas organizações de saúde. Em UCIN, onde as interações são mais amplas, é capaz de articular conhecimento e melhorar as suas práticas de cuidados. Além disso, é um grupo maioritário, o que lhe confere privilégio de figurar-se como agente de mudança, pois é por meio de suas ações que se consegue unir as relações entre as pessoas e o ambiente, o que lhe confere meios para conquistar novos espaços no âmbito de sua intervenção (Klock, 2014; Malagutty & Caetano, 2009).

Para Marski, Facio, Ichisato, Barba e Wernet (2018), na UCIN, o enfermeiro além de assumir um papel de destaque na assistência integral, deve ser considerado como um elemento imprescindível na gestão e organização do cuidado, que devem ser direcionadas às particularidades do neurodesenvolvimento do RNPT.

1.2.2 Filosofias de Cuidados aos RNPT

Na atualidade, a enfermagem tem ganhado papel preponderante nos cuidados em saúde, em particular no que concerne aos cuidados em pediatria, que segundo Hockenberry e Wilson (2014), é coerente com a definição de enfermagem: “ o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais” (p 11).

A neonatologia, área de pediatria de que faz parte o RNPT, se encontra em constante evolução, resultando numa maior sobrevivência desta população. No entanto, as taxas de morbidade continuam elevadas, sendo importante focar na melhoria dos resultados em saúde com ênfase no fornecimento de cuidados dentro dum quadro de apoio ao desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014; Toso, Viera, Valter, Delatore, & Barreto, 2015). Existem filosofias de cuidados que sustentam essas práticas, sendo estas desenvolvidas com base num pilar fundamental, os cuidados centrados no desenvolvimento.

✚ Cuidados Promotores de Desenvolvimento

As tecnologias que compõem o ambiente da UCIN garantem, por um lado, a estabilidade clínica e a sobrevivência do RNPT, mas, por outro lado, esse ambiente é totalmente diferente do meio uterino, apresentando efeitos nocivos e colocando em risco o seu neurodesenvolvimento. Ainda que controlados prontamente, esses efeitos adversos podem causar profundos prejuízos ao desenvolvimento físico e intelectual dos bebês, e assumir também consequências penosas para a família (Als, 2004; Chora & Azougado, 2015; Gorzílio, 2013; Otoni & Grave, 2014).

O desenvolvimento de sequelas associadas às UCIN vem sendo amplamente mal compreendido, levando a que os melhores cuidados médicos enquanto asseguram a sobrevivência, além de colocarem em risco as crianças a longo prazo, privam os pais de seu papel fundamental no neurodesenvolvimento (Als & McAnulty, 2011).

O ambiente intrauterino é propício ao desenvolvimento cerebral do RN, sendo onde este recebe proteção materna contra perturbações externas, aporte contínuo de nutrientes, temperatura estável, estímulos do ritmo circadiano materno, estímulo tátil através do contato com as paredes uterinas, controle da força da gravidade, estímulos vestibulares e estímulos proprioceptivos. É onde também ele adquire gradualmente a capacidade para

controlar e incorporar estes estímulos adequadamente após o nascimento (Ferraz, 2017; Otoni & Grave, 2014).

Saindo deste ambiente precocemente, o RNPT pode manifestar sinais de stresse com facilidade, pois associada à sua situação de fragilidade encontra-se a exposição aos procedimentos constantes em intervenções diárias, tais como, procedimentos invasivos, dor, interrupção do estado de sono, variações de temperatura, ruído, luz e até mesmo privações básicas, como a fome (Gorzílio, 2013; Otoni & Grave, 2014).

É importante considerar que o RNPT é um feto competente, com um desenvolvimento adaptado ao ambiente intrauterino, onde se desenvolveria naturalmente de forma constante e organizada. Cessando este processo natural pelo nascimento prematuro, numa fase altamente vulnerável de desenvolvimento cerebral, este terá ao mesmo tempo de enfrentar e adaptar-se às condições de uma UCIN, ambiente hostil, para continuar a sua luta pela sobrevivência (Als, Duffy, & McAnulty, 1996; Freitas, 2014). Torna-se também importante realçar que nessa altura a capacidade para registar e processar informação já é evidente, mas por ausência de controle inibitório, os RNPT não conseguem evitar a sua entrada, tornando-se muito suscetíveis aos estímulos ambientais (Chora & Azougado, 2015).

Nessas condições, os riscos de complicações fisiológicas advindas de sua imaturidade são imensos, sendo estes tanto maiores quanto menor for a idade gestacional e o peso ao nascer. Neste sentido, há uma crescente necessidade de compreender o contexto ambiental do RNPT desde o seu nascimento, numa perspetiva centrada no desenvolvimento (Chora & Azougado, 2015).

Hockenberry e Wilson (2014) são da opinião de que a melhoria dos resultados de desenvolvimento do RNPT e de baixo peso é mais provável quando os cuidados médicos e de enfermagem são prestados com base em apoio ao desenvolvimento, sendo esta uma filosofia que vai além dos modelos tradicionais de cuidados.

Para isso, impõe-se uma organização do trabalho, de modo que permita uma assistência voltada para as necessidades individuais de cada RN e sua família, na qual os cuidados não venham a causar danos na vida futura das crianças (Gorzílio, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Malagutty & Caetano, 2009).

Na opinião de Nunes, Abdala e Beghetto (2014), os cuidados em neonatologia vêm se desenvolvendo com base em evidências científicas sólidas, centrados na neurofisiologia

do desenvolvimento; contudo, seria nefasto considerar essas evidências como definitivas, uma vez que os campos de investigação neste domínio têm-se demonstrado dinâmicos.

Na década de 80, do século passado, Als revelou, em seus estudos, preocupação com o impacto negativo do ambiente estressante da UCIN para o cérebro do RNPT em desenvolvimento, bem como suas repercussões futuras. Nessa altura, Als e colaboradores começaram a deduzir que RN de muito baixo peso poderiam ter melhor desfecho durante a hospitalização por meio de controle da entrada sensorial. Foi nesta perspectiva que surgiu uma nova filosofia de cuidados denominada cuidados desenvolvimentais, cujo principal objetivo é melhorar o desenvolvimento cerebral e obter resultados satisfatórios no desenvolvimento global da criança (Marski et al., 2018).

Esta filosofia de cuidados tem o seu fundamento na teoria síncrono-ativa do desenvolvimento (*Synactive Theory of Development*), proposta por essa mesma autora. Esta teoria representa um modelo estratificado de interpretação da evolução organizacional do desenvolvimento do RN, cujas etapas se hierarquizam em conformidade com os sistemas interativos mãe-filho. O RN se desenvolve por meio de interação entre os cinco subsistemas (o subsistema autónomo ou fisiológico, o motor, o de organização de estados comportamentais, o de atenção e interação social, e o de autorregulação e equilíbrio), desenvolvendo-se independentemente e, ao mesmo tempo, interagindo continuamente uns com os outros e com o meio (Als, 1986; Freitas, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014).

Discute-se o limite que o bebê detém em relação ao stresse e sua capacidade de autorregulação em relação a ele, emitindo respostas sobre a sua disponibilidade para as intervenções de acordo com o funcionamento de cada subsistema. Caso aconteça uma desorganização num dos subsistemas, haverá uma sobrecarga nos demais que será manifestado pelo RNPT por de meio mudança de comportamento, mostrando dificuldade na interação (Otoni & Grave, 2014).

Segundo Ferraz (2017), prestar cuidados desenvolvimentais com base nessa teoria é concentrar-se na minimização dos estímulos nocivos e adequar a estimulação de forma individualizada, tendo em conta as respostas fisiológicas e comportamentais observáveis, considerando sempre a organização do RNPT. Observar os padrões e as respostas do RNPT de forma individualizada leva o enfermeiro a conhecê-lo melhor, apoiá-lo na

organização dos estados comportamentais e, quando compartilhada com os pais, pode haver melhorias relacionadas com a vinculação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Cuidados desenvolvimentais com base nessa teoria tem a sua operacionalização no programa “*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) (Cuidados Desenvolvimentais Individualizados aos Recém-nascidos e Programas de Avaliação), cujo objetivo é minimizar as consequências da prematuridade nas crianças e famílias, a curto e longo prazo. É uma abordagem individualizada para prestação de cuidados baseados na informação comportamental fornecida pelo RN, sendo a partir daí, definidos os planos de cuidados individuais que proporcionam suporte ao RNPT em situações de stresse vulnerabilidade. Preconiza uma mudança da forma tradicional de prestação de cuidados orientados para tarefas, para cuidados orientados para relacionamentos (Als, 2004; Als & McAnulty, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014).

Nesta abordagem, o ambiente e as intervenções são adaptados, a fim de criar planos de cuidados individuais que facilitem a autorregulação do bebê, por meio de colaboração de seus pais, que são os principais responsáveis pelos cuidados cotidianos. Nesta ótica, as intervenções dos profissionais são previstas e adaptadas em função da sensibilidade de cada bebê (Als et al., 1996; Als, & B. McAnulty, 2011).

Vários estudos têm demonstrado resultados positivos significativos associados a este programa implementado nas UCIN, entre eles, redução do stresse durante o exame do RN, redução do stresse durante a transferência da incubadora para o cuidado pele a pele com a mãe, melhoria de resultados a longo prazo no funcionamento cognitivo, motor e emocional do bebê e melhorias relacionadas com as competências parentais (Als & McAnulty, 2011).

Aita e Snider (2003), numa pesquisa bibliográfica, encontraram evidências positivas de seu uso em UCIN, revelando-o como um programa que une as disciplinas de psicologia, aconselhamento e educação com as de medicina e enfermagem, fornecendo uma abordagem multidisciplinar para a prevenção e tratamento de problemas no desenvolvimento de bebês prematuros e gestão do stresse e dos distúrbios familiares.

Essa pesquisa mostrou também evidências de que prematuros que recebem cuidados desenvolvimentais durante a hospitalização, posteriormente, mostram melhorias tanto na estabilidade fisiológica e organização comportamental como no desenvolvimento psicomotor. Os pais envolvidos nos cuidados desde o início mostram também

competências na avaliação do crescimento do filho, melhores estratégias de *coping* frente ao stresse associado à hospitalização e, mais tarde, no ambiente doméstico.

Similarmente, Ferraz (2017), num estudo realizado no Sistema Nacional de Saúde em Portugal, concluiu que as UCIN onde existiam práticas de cuidados com base no NIDCAP estavam entre as unidades que mostravam práticas de cuidados mais próximas das que se preconizam para a realidade dos CCD.

No entanto, diversos autores questionam sobre a implementação deste programa nos cuidados para o desenvolvimento. Roth, Morse e Klock, citado pela Enciclopédia do desenvolvimento na primeira infância (2017), faz referência a uma avaliação da qualidade de pesquisa sobre o NIDCAP realizado por Westrup (co-diretor do Centro Escandinavo do NIDCAP em Estocolmo), onde defende ser evidente melhorias significativas nos cuidados mas, por ser uma especialidade própria, fica difícil determinar até que ponto o cuidado individualizado ao desenvolvimento possa ser diferente dos cuidados padronizados dispensados nas UCIN que não utilizam esse programa pois, atualmente a maior preocupação das UCIN é dispensar cuidados voltados para o desenvolvimento dos RN, sendo também, os cuidados centrados na família uma preocupação dos enfermeiros.

Ainda este autor referido alerta para a necessidade de determinar a relação custo-eficácia, pois, considerando a vulnerabilidade do RNPT, os responsáveis devem ter cautela na sua implementação, dado que a maioria dos estudos publicados sobre o NIDCAP baseia-se em amostras relativamente pequenas com períodos de acompanhamento relativamente curtos, carecendo assim de evidências claras de seus benefícios ao longo prazo.

Também Ohlsson e Jacobs (2013), numa revisão sistemática de literatura incluindo 627 prematuros, realizada com o objetivo de avaliar a eficácia do NIDCAP na melhoria do neurodesenvolvimento, além de não encontrarem evidências claras de benefícios do NIDCAP no neurodesenvolvimento do RNPT a longo prazo, também não encontraram nenhuma evidência clara de resultados médicos a curto prazo, levando-os a alegar que não se pode recomendar a implementação deste programa na sua forma atual, como tratamento padrão do RNPT.

Igualmente, Maguire et al. (2009), num estudo randomizado realizado com o objetivo de investigar os efeitos do NIDCAP no crescimento e desenvolvimento neuro-motor na idade a termo para o RNPT, não encontraram evidências de melhorias nos resultados

desse parâmetros que demonstrassem vantagens quando comparado com RN que receberam cuidados básicos de desenvolvimento.

A implementação do NIDCAP não é um processo simples, pois implica grandes investimentos em todos os níveis de organização, isto é, investimentos elevados no que tange aos recursos financeiros e humanos. Requer especialistas em neurodesenvolvimento, avaliações periódicas por equipa especializada, treinamento da equipa de enfermagem, e ainda, muitas vezes, requer mudanças de estrutura da UCIN. Estes requisitos transformam-no num programa dispendioso, tanto para implementar como para manter (Ohlsson & Jacobs, 2013; van der Pal et al., 2008; Westrup, 2004, referidos pela Enciclopédia do desenvolvimento na primeira infância 2017).

Ferraz (2017), num estudo quantitativo, descritivo-correlacional, realizado com o objetivo de analisar a frequência da aplicação das medidas centrais do CCD ao RNPT em UCIN do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, bem como verificar se existe relação entre a frequência da aplicação destas medidas e variáveis das UCN/institucionais, aplicou um questionário de autopreenchimento, “*Quantum Caring Practice Self-Assessment*” a enfermeiros exercendo suas atividades em UCIN, encontrando evidência de que em Portugal as práticas do CCD são realizadas de forma inconsistente, existe diferença de aplicação consoante área geográfica, nível de diferenciação neonatal e a existência ou não de orientação específica para essas práticas. Estes resultados implicaram afirmar que existe uma necessidade premente de maior investimento das UCIN em cada medida central dos cuidados desenvolvimentais, para que a realidade da prática do CCD seja consistente com a sua essência.

Esta mesma autora já tinha afirmado com base na literatura que as práticas do CCD, atualmente, já é uma realidade nas UCIN, no entanto, derivado a fatores de diferentes ordens, não existe consistência na realização das mesmas.

Do mesmo modo, Burke (2018), numa revisão sistemática de literatura sobre cuidados desenvolvimentais em UCIN, incluindo estudos recentemente publicados (2008 a 2016), também encontrou evidência de que os CCD são atualmente amplamente utilizados nas UCIN como neuroprotecção do RNPT, no entanto, as práticas de cuidados variam significativamente e podem abranger muitos conceitos e significações. Nesse estudo, concluiu que o cuidado desenvolvimental parece ter alguns efeitos positivos no

neurodesenvolvimento do RNPT, mas recomenda consistência e sistematização no seu desenvolvimento.

Os enfermeiros são os profissionais que possuem maior impacto sobre o cotidiano vivido pelo RNPT, sendo a prática baseada em evidência o caminho para desenvolver e implementar cuidados consistentes e atualizados. Hockenberry e Wilson (2014) afirmam que, “Porque cada criança é única, os cuidados de apoio ao desenvolvimento requerem colheita contínua de dados e resposta momento a momento, assim como cuidados flexíveis que reconheçam os sinais da criança” (p 352).

Nos cuidados promotores do desenvolvimento estão ainda presentes a família, pois existe evidência científica provando que os avanços tecnológicos que se vem verificando nos cuidados em UCIN não são suficientes para responder às necessidades que vão além de manter a vida, sendo imprescindível contemplar a família como parceira nos cuidados.

Família, segundo a *International Council of Nurses (ICN)* (2016) é um: “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (p142).

A família, em pediatria, é vista como parte imprescindível na assistência, assumindo-se como elemento essencial na promoção do crescimento e desenvolvimento. A enfermagem pediátrica está cada vez mais focalizada nos cuidados centrados na família e convicta de que os pais são os principais cuidadores da criança, não só no contexto de saúde, mas igualmente no contexto de doença (Hockenberry & Wilson, 2014).

O cuidado em pediatria tendo como foco a família surgiu por se ter a percepção de que a família é fundamental na vida e no cuidado de seus membros, sendo que existe evidência científica comprovada dos benefícios dessa prática em UCIN (Bispo, 2011). Ainda agregada a esta concepção se encontra evidência comprovada de que o isolamento da família constitui um fator de risco, em especial nos mais vulneráveis, como é o caso da população pediátrica (Pacheco et al., 2013).

Cuidados Centrados na Família

Os mesmos autores dos cuidados desenvolvimentais defendem que nos cuidados centrados na família (CCF) existe um modo de pensar que incorpora a criança e sua

família, ou seja, o conceito de cuidado desenvolvimental se encontra estreitamente ligado ao CCF.

Nesta filosofia de cuidados, a família é reconhecida como constante na vida da criança, sendo também reconhecida a sua importância como unidade de cuidado (Corrêa, Andrade, Manzo, Couto, & Duarte, 2015; Hockenberry & Wilson, 2014).

No regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem (RCEESCJ), também se encontra explícito o dever do Enfermeiro Especialista em ver a família como elemento integrante do cuidar em pediatria (OE, 2018). Segundo esses regulamentos, o Enfermeiro Especialista:

utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário de seus cuidados (...) trabalha em parceria com a criança família (...) procurando responder globalmente ao mundo da criança, (...) com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil. (p 1)

Numa UCIN, a família deve ser vista pelo enfermeiro como indissociável e insubstituível na vida da criança, e percebida como parceira na assistência, o que implica apoiar, encorajar e potencializar as suas forças e competências através de parceria com os pais (Corrêa et al., 2015; Hockenberry & Wilson, 2014; da Silva, Manzo, Fiorete, & Silva, 2016).

Para Freitas (2014, p.122), no modelo do CCF, “é necessário o desenvolvimento de uma profunda relação entre enfermeira e família, a partilha de competências e uma negociação alicerçada no respeito pela família e suas necessidades e desejos”.

Existe também evidência científica do anseio e da expectativa dos pais para participarem nos cuidados aos seus filhos. Além disso, o CCD, que integra o CCF, assenta no pressuposto de que os pais são os mais importantes cuidadores da criança (Alls et al., 1996). O enfermeiro, além da responsabilidade de incluir os elementos da família, especialmente os pais, como parceiros no seu plano de cuidado, deve assumir-se como seu advogado zelando para o melhor interesse da família no seu todo (Hockenberry & Wilson, 2014; Marski et al., 2018).

Frade (2015), por seu turno, salienta que a parceria pressupõe uma forma de negociação por meio de um processo dinâmico entre o enfermeiro e os pais, onde ambos detêm um papel ativo na busca de objetivos comuns no cuidado à criança/família. A confiança e a

responsabilidade dos pais aumentam quando estes são envolvidos precocemente e de forma contínua nos cuidados.

Todavia, é importante reconhecer que estabelecer uma relação de interação e estar atenta às necessidades que a família apresenta diariamente, é fundamental para que a equipe de enfermagem compreenda as suas necessidades e prioridades e assim estabeleça planos de cuidados que melhor se adequam ao binómio criança/família, minimizando os danos causados pela hospitalização (Corrêa et al., 2015; Silva et al., 2016).

Neste âmbito, Hockenberry e Wilson (2014) identificam dois conceitos básicos dos cuidados centrados na família: a capacitação e o empoderamento, pois, nem sempre a família se encontra preparada para assumir as mudanças presentes nas diferentes fases de adaptação. Experiências negativas anteriores, *stresse* e falta de estratégias de *coping* podem interferir negativamente no estabelecimento da relação, o que implica desenvolvimento de estratégias de adaptação a cada realidade emergente (Brás, 2014).

Frade (2015) aponta especialmente o empoderamento como uma importante estratégia e define-o como “um processo através do qual se procura promover a capacitação e se espera que resulte numa aquisição de poder” (p. 20). Releva ainda como formas chave para promover o empoderamento, a educação para a saúde, a promoção da parentalidade e treinamento das competências parentais, o estímulo ao pensamento crítico, o apoio ao cuidado, a intervenção na crise, tendo em conta a individualidade de cada família e ainda o alerta para desmistificar o ambiente das UCIN, mediante partilha livre de informação com os pais.

Wilson e Hockenberry (2014) sublinham que a família deve ser vista como uma preocupação do enfermeiro em qualquer contexto ou situação de prestação de cuidados e devem ser considerados os seus papéis na tomada de decisão e suas experiências em cuidar de filhos, tanto dentro como fora do ambiente hospitalar.

Quando se trata da possibilidade de nascimento um bebé prematuro, para Frade (2015), o processo de empoderamento deve ser iniciado ainda na fase pré-natal, informando os pais da possibilidade de hospitalização do seu filho numa UCIN. O acesso livre e precoce dos pais ao ambiente, resulta em efeitos positivos a curto e longo prazo, tais como, promoção da parentalidade positiva, estabelecimento do vínculo, motivação e segurança em assumir o cuidado ao filho.

Também cabe realçar que no âmbito de empoderamento existem programas de apoio abrangentes que proporcionam troca de informações e servem como forma de suporte para o atendimento das diversas necessidades familiares. Dentre eles, destacam-se o programa *COPE* (criando oportunidades para o empoderamento dos pais), que, embora pouco divulgados nos contextos das UCIN, fornecem aos pais oportunidades para melhor compreenderem o ambiente, o comportamento do RNPT e ainda fornecem apoio para o seu envolvimento nos cuidados.

O programa *COPE* foi desenvolvido há mais de vinte anos por Melnyk e Feinstein, com o objetivo de ajudar os pais a enfrentarem de forma positiva a prematuridade e proporcionarem um crescimento e desenvolvimento saudáveis (Melnyk & Feinstein, 2019). É um programa de intervenção e treinamento comportamental que engloba CD de áudio, fornecendo informação educativa aos pais sobre o comportamento de seus RNPT, informações sobre seus papéis, orientando-os a participar nos cuidados ao filho, atendendo às suas necessidades e um manual de atividades de desenvolvimento de habilidades que ajudam os pais a implementar as informações educacionais. Pretende-se que os pais aprendam a ler o comportamento e estados dos bebês quando acordados, seus sinais de stress, como manter o controlo de marcos de desenvolvimento importantes e adequar a interação quando os bebês estão stressados (Melnyk & Feinstein, 2009).

O programa é composto por quatro intervenções em formato CD de áudio, que são entregues aos pais também em quatro fases subsequentes: a primeira fase entre os dois e os quatro dias após a admissão da criança na UCIN, o CD, além de incluir treinamentos sobre as características e comportamentos específicos do RNPT enfatizando as diferenças com relação ao RNT, abrange também estratégias para os ajudar a se envolverem precocemente no cuidado de seus filhos na UTIN; na segunda fase, o CD é entregue de dois a quatro dias após a primeira fase e contém informações complementares sobre o comportamento e desenvolvimento do RNPT e informações adicionais sobre como participar nos cuidados, ajudando a melhorar o seu desenvolvimento; na terceira fase, o CD, incluindo informações sobre o desenvolvimento do bebê, o papel dos pais na transferência do bebê do hospital para casa, e como manter a continuidade das interações positivas, é entregue de um a três dias antes da alta; por último, na quarta fase, o CD é entregue uma semana após a alta da UCIN e, além de incluir informações sobre o comportamento do bebê e o papel dos pais na constante crescimento e desenvolvimento, inclui também atividades particulares dos pais para aumentar o desenvolvimento

cognitivo do filho (Melnyk & Feinstein, 2009; Mirghafourvand et al., 2016; Villamizar-Carvajal, Vargas-Porras, & García-Corzo, 2018).

A duração dos CD áudios varia aproximadamente de 10 a 20 minutos e, cada uma das partes (fases), possuem informações educacionais e um livro (pasta de trabalho) com atividades para ajudar os pais a aplicar essas informações. Possui a vantagem de ser controlado manualmente, em complemento com o livro de atividades, não implicando treinamento e tempo extensivo para a sua implementação, revelando-se assim como um instrumento útil a ser implementado nas intervenções dos enfermeiros que cuidam do RNPT/famílias (Melnyk & Feinstein, 2009; Villamizar-Carvajal et al., 2018).

Os pais, ao ouvirem as gravações, em complemento com a leitura do manual de treinamento, adquiram conhecimentos e habilidades essenciais para cuidarem do filho prematuro, melhoram a sua saúde mental, com conseqüente melhoria na qualidade de vida destes e de seus filhos (Mirghafourvand et al., 2016).

Evidências de estudos indicam que o *COPE*, além melhorar a saúde mental dos pais tornando-os aptos para desempenhar seus papéis parentais, pode aumentar a capacidade dos prestadores de cuidados de saúde em oferecer um cuidado centrado na família que, como referido anteriormente, é considerado um componente sensível e imprescindível no cuidado em pediatria, implicando que seja um programa amplamente recomendado a ser implementado como meio para envolver os pais no cuidado diário de seus prematuros (Melnyk & Feinstein, 2009; Mirghafourvand et al., 2016; Villamizar-Carvajal et al., 2018).

Alem disso, foram realizados vários estudos nas últimas décadas que estabeleceram a eficácia deste programa tanto para bebês prematuros e seus pais, como também para crianças gravemente doentes, hospitalizadas (Melnyk & Feinstein, 2019).

1.2.3 Ambiente Favorável ao Cuidado Centrado no Desenvolvimento numa UCIN

É comprovado na literatura que nem todas os problemas do RNPT podem ser atribuídos à prematuridade, sendo o próprio ambiente da UCIN um importante fator de risco ao neurodesenvolvimento, caso não sejam adotadas medidas preventivas adequadas a cada etapa de desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013; Burke, 2018; Marski et al., 2018).

Embora o impacto do ambiente da UCIN no desenvolvimento do cérebro infantil tenha adquirido evidência para os prestadores de cuidados de saúde com a "Synactive Theory" de Als 1970, a preocupação com o ambiente sobre o impacto na saúde do indivíduo já era evidente na época de Florence Nightingale, com o seu foco na importância de manter um ambiente limpo, bem iluminado e bem ventilado, para o combate a doença e melhoria nos resultados de saúde (Altimier & Phillips, 2013).

Como já referido, o que torna o ambiente das UCIN repleto de eventos adversos passíveis de originar danos que podem deixar sequelas graves na vida do RNPT é a alta tecnologia envolvente e o excessivo oferta de cuidados considerados imprescindíveis para garantir a estabilidade clínica e a sobrevida.

A preocupação com estes efeitos negativos sobre o organismo imaturo do RNPT, atualmente, vem sendo amplamente divulgada e medidas preventivas vem sendo implementadas cada vez mais com maior rigor (Freitas, 2014), sendo o papel do enfermeiro de fundamental importância na diminuição do stresse associado e na implementação de ações que resultem num ambiente propício ao neurodesenvolvimento (Marski et al., 2018; Martins, Fialho, Dias, & Alvim, 2011; Otoni & Grave, 2014).

Vários autores são consensuais quando afirmam que esse stresse no organismo imaturo do RNPT afeta o seu neurodesenvolvimento, podendo gerar sequelas, tanto a curto como ao longo prazo, implicando na qualidade de vida destes e de suas famílias (Altimier & Phillips, 2013; Chopin et al., 2010; Otoni & Grave, 2014).

É reconhecido que o RNPT possui capacidade plena para crescer e se desenvolver, caso o ambiente for adequado às suas necessidades. Adaptar a UCIN às necessidades desenvolvimentais do RNPT significa desenvolver uma política de intervenções que adequa o ambiente à sua fragilidade e vulnerabilidade em cada etapa de crescimento e desenvolvimento (Martins et al., 2011).

Dentre as estratégias preconizadas pelo CCD, existem as políticas voltadas para a redução dos estímulos sensoriais. É sabido que o ambiente da UCIN se caracteriza de sobrecarga sensorial e, sendo o cérebro do RNPT imaturo, não se encontra preparado para filtrar e processar informação, levando a que ele seja extremamente sensível a hiperestimulação sensorial (Chora & Azougado, 2015; Venkataraman, Kamaluddeen, Amin, & Lodha, 2018).

A maior parte do córtex cerebral está ligada ao sistema sensorial, o que implica considerar as pesquisas realizadas em fetos de animais e crianças, mostrando que a hiperestimulação sensorial ou a privação da mesma pode alterar o desenvolvimento normal do cérebro (Hockenberry & Wilson, 2014).

O que é verificado na UCIN perante a estimulação sensorial é uma situação contrária ao desfecho da maturidade do sistema sensorial, isto é, enquanto que o sistema visual e auditivo que atingem plena maturidade mais tarde são os primeiros a receberem sobrecarga de estimulação, o sistema táctil vestibular e gustativo-olfato, sendo os primeiros a desenvolverem, são os que menos recebem estimulação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste enquadramento, podemos destacar da literatura vários fatores responsáveis pela sobrecarga sensorial do RNPT na UCIN, entre eles, a luz intensa e muitas vezes permanente na unidade, o ruído excessivo, manipulação excessiva e inoportuna, estimulação táctil geralmente dolorosa, espaços com limites mal definidos variações bruscas da temperatura, entre outros (Freitas, 2014; Jordão, Pinto, Machado, Costa, & Trajano, 2016).

Cabe neste contexto evidenciar que estímulos irregulares ou extremamente intensos sobre o sistema sensorial pode não só afetar o desenvolvimento normal deste sistema, como também interferir no desenvolvimento dos demais sistemas, repercutindo-se em desorganização total do sistema autónomo (Chora & Azougado, 2015; Venkataraman et al., 2018)

Uma das estratégias preconizadas pelo CCD é atenuar corretamente estes estímulos, promovendo um meio sensorial propício, capaz de produzir respostas comportamentais estáveis e compatíveis com o período crítico de desenvolvimento cerebral do RNPT (Freitas, 2014; Jordão et al., 2016).

Para Neuman & Fawcett (2011), a enfermagem é a única profissão preocupada em avaliar os *stressores* ambientais em todas as suas dimensões e intervir adequadamente, no sentido de alcançar e garantir um nível ótimo de desenvolvimento e bem estar do cliente.

Ambiente Sonoro

A UCIN é um ambiente composto por níveis de ruídos que frequentemente excedem o recomendado internacionalmente, sendo este considerado como um dos principais fatores

de stresse do neonato durante o internamento (Correia, Mendonça, & Sousa, 2014; Ramm, Mannix, Parry, & Gaffney, 2017).

A exposição a sons intensos com frequência perturba a estrutura funcional dos circuitos corticais auditivos, resultando em mudanças físicas e comportamentais do RNPT, repercutindo-se de forma negativa no seu crescimento e desenvolvimento (Ramm et al., 2017; Valdés-de la Torre, Martina Luna, Braverman Bronstein, Iglesias Leboreiro, & Bernárdez Zapata, 2018).

O excesso de ruído associado à alta tecnologia, imprescindível à assistência, condiciona o RNPT a uma percepção sensorial auditiva persistente e imprevisível, totalmente diferente do ambiente protetor do útero materno (Correia et al., 2014). Evidentemente, in útero, o feto tem capacidade para perceber o som a partir do 5º mês, sendo este regulado através da sua passagem pelo líquido amniótico e percebido pelo feto sem qualquer agressividade (Freitas, 2014).

O som in útero é basicamente composto pela voz, respiração, batimentos cardíacos e sons intestinais maternos, continuando o RNPT ao nascimento a manifestar preferências pela voz materna e pelo som equiparado ao percebido dentro do útero materno (Hockenberry & Wilson, 2014).

É comprovado que a sobrecarga sensorial auditiva, a que o RNPT é sujeito, pode resultar em mudanças fisiológicas e comportamentais, tais como: aumento da frequência cardíaca e respiratória, apneias, baixa da saturação de oxigénio, aumento da pressão intracraniana, sangramento intravascular cerebral, alteração nos estágios de sono, perda de peso e baixa de imunidade. Estas mudanças levam ao agravamento do estado clínico, retardando a alta e ainda podem desencadear distúrbios comportamentais e sequelas que podem perdurar na vida adulta (Correia et al., 2014; Laubach, Wilhelm, & Carter, 2014; Orsi et al., 2015; Valdés-de la Torre et al., 2018).

Correia et al. (2014), num revisão integrativa sobre ruído em UCIN, encontrou ainda evidência de que a exposição do RNPT a ruídos excessivos, acima de 45 dB, encontra-se associada a um défice de concentração e atenção, afetando a aprendizagem.

Almadhoob e Ohlsson (2015) confirmaram, também com base na literatura, evidência de exames auditivos anormais sugestivos de deficiência auditiva associado ao ruído em crianças tratadas em incubadoras e, igualmente, um risco de deficiência auditiva de 2 a 10% no RNPT, *versus* 0,1%, comparando com a população pediátrica no geral.

Os ruídos na UCIN podem ser provenientes de diversas fontes, entre eles, conversas dos profissionais, alarmes sonoros provenientes dos monitores, equipamentos para ventilação assistida, incubadoras, bombas de infusão, choro das crianças, telefones, entre outras, relativamente aos quais o RNPT é vulnerável (Correia et al., 2014).

Igualmente, o manuseio das gavetas da incubadora, o abrir/fechar das portinholas das incubadoras produzem um nível considerável de ruído, atingindo 100 dB (Correia et al., 2014; Freitas, 2014), sendo também importante salientar que o interior das incubadoras não protege o RNPT do excesso de ruído proveniente do exterior, uma vez que não filtram o som, funcionando, pelo contrário, como uma caixa de ressonância, contribuindo assim para o intensificar (Freitas, 2014).

Descuidos julgados como de menor importância podem produzir níveis de ruído também avassaladoras. Entre estes, a queda de um tabuleiro, podendo produzir um nível de ruído com intensidade de 130 dB (Correia et al., 2014), movimentos gerados pelo manuseio de um recipiente de lixo de metal com o pé, procedimento este imprescindível para o controlo de infeção na UCIN, pode gerar uma intensidade de ruído entre 64,9 dB a 71,9 dB (Laubach et al., 2014). A abertura de embalagens de plásticas também gera altos níveis de ruído, podendo ir até 60 dB (Freitas, 2014) e o ato de arrastar uma bomba de infusão sobre uma superfície, pode chegar a níveis de 56,4 dB (Peixoto, Araújo, Kakehashi, & Pinheiro, 2011).

Assumem também importante relevância os níveis de ruído acima dos 50 dB encontradas nas “passagens de serviço”, em conjunto com as conversas do corredor e o barulho gerado pelo tráfego ao redor do hospital, assim como os níveis de ruído na ordem de 77, 4 dB registados em períodos de admissão de emergência (Correia et al., 2014; Freitas, 2014;).

A literatura também evidencia uma forte relação dos níveis altos de ruídos (acima dos recomendados pelos órgãos de normatização) com o excessivo fluxo de profissionais no ambiente da UCIN. Neste sentido, os turnos de manhã são vistos como períodos onde os níveis de poluição sonora atingem valores mais altos, devido a uma maior concentração de pessoas, aliada a uma maior intensidade de procedimentos imprescindíveis para manutenção da vida, dando, assim, importância relevante aos lembretes visuais, como sendo úteis para alertar os profissionais durante os períodos de maior atividade à beira do leito (Laubach et al., 2014) e ao uso de protetores de ouvido para os picos de ruído em RNPT com IG entre 28 e 32 semanas (Freitas, 2014).

Os tampões auriculares de silicone mostraram efetividade em melhores resultados de crescimento às 34 semanas IG e maior índice de desenvolvimento mental aos 18 a 22 meses, numa pesquisa da Cochrane realizada com o objetivo de determinar os efeitos da redução do som no crescimento e avaliar os resultados a longo prazo no desenvolvimento neurológico do RN (Almadhoob & Ohlsson, 2015).

No entanto, o principal tipo de alerta para os profissionais com maior evidência na literatura, são os dispositivos de monitorização contínua do som que podem ser colocados nas salas da UCIN, com base em mudança de cor (verde-amarelo-vermelho), segundo os níveis de som recomendados. O verde indica nível de som em limites normais, o amarelo indica que o nível de som começou a exceder o recomendado e o vermelho que o nível excedeu o limite recomendado, tornando-se necessário implementar medidas para diminuir o ruído (Laubach et al., 2014).

Cabe realçar que “os hospitais podem ser considerados tranquilos quando o nível de pressão sonora se encontra entre 40 e 50 dB; intermédios, entre 50 e 60 dB e ruidosos, entre 60 -70 dB” (Peixoto et al., 2011, p. 4).

A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que os níveis de sons na UCIN não devem ultrapassar os 45 dB (Ahamed, Campbell, Horan, & Rosen, 2018; Almadhoob & Ohlsson, 2015; Peixoto et al., 2011), sendo este nível fixado com base num relatório da Agência de Proteção Ambiental (Almadhoob & Ohlsson, 2015). Para o som transitório, são recomendados valores entre 65 a 70 dB (Laubach et al., 2014).

Se um RNPT se encontrar constantemente exposto ao stresse produzido pelo ruído excessivo, aumenta o seu consumo de oxigénio, interferindo com a quantidade de calorías disponível para o seu crescimento, podendo assim condicionar negativamente o ganho ponderal. Além disso, pode também haver danos nas suas estruturas auditivas, podendo originar uma privação auditiva total (Almadhoob & Ohlsson, 2015; Correia et al., 2014).

Ainda, o nível sonoro da UCIN pode interferir com a estrutura do sono, um fator importante para a capacidade intelectual, recuperação física, crescimento cerebral e a maturação dos órgãos (Correia et al., 2014).

Contrariamente, caso a manutenção do nível de som seja estabelecida dentro dos parâmetros recomendado para as UCIN, o RNPT usufrui de inúmeras vantagens, tanto a curto como a longo prazo, citando-se: estabilidade fisiológica, crescimento dentro dos parâmetros normais, maturação neuro-sensorial mais natural e consistente, reforço na

vinculação, menos dificuldade no discurso e na linguagem (Hockenberry & Wilson, 2014).

No estudo da *Cochrane* mencionado anteriormente, encontrou-se também evidências de que o ruído excessivo na UCIN apresenta efeitos nefastos sobre os profissionais e os familiares. Em relação aos profissionais, foi encontrada evidência de que um alto nível de ruído na UCIN interfere negativamente no seu desempenho profissional e com relação aos pais. Foi evidente uma melhor satisfação com os cuidados quando foi reduzido o nível de ruído no ambiente (Almadhoob & Ohlsson, 2015).

Peixoto et al. (2011) evidenciaram também stresse, morbidades nos profissionais associados, tais como: perda auditiva, hipertensão arterial, aumento de liberação de catecolaminas, do hormônio adrenocorticotrópico, cortisol, peristaltismo e tensão muscular, elevação do colesterol, alteração do sistema imunológico e distúrbios do sono, quando a exposição foi prolongada e com níveis superiores a 80 dB em turnos com duração de 10 a 12 horas.

Estratégias para combater o ruído na UCIN devem ser adotadas, incluindo programas educativos, pois se o pessoal envolvido tiver consciência dos efeitos provocados pelo ruído excessivo, é possível reduzir significativamente os sons apenas com mudanças comportamentais, sendo este o principal caminho para o silêncio no ambiente da UCIN (Correia et al., 2014).

Ramm et al. (2017) nomeiam como estratégias, encorajar vozes suaves, proporcionar tempos de silêncio com os RN, silenciar os alarmes e os telefones, bem como, alertar a equipa sobre técnicas visuais de monitoramento de som.

Ambiente luminoso

O sistema visual humano inicia-se precocemente na vida intrauterina e completa-se estruturalmente por volta dos três anos de idade (Almeida, Torres, Matos, & Maia, 2008; Venkataraman et al., 2018). O último trimestre de gestação representa o período em que o feto passa por um amadurecimento significativo e de diferenciação da retina e das suas conexões ao córtex visual. Com o nascimento prematuro esta maturação é desenvolvida no ambiente da UCIN, onde vários fatores interferem negativamente no seu desenvolvimento, entre eles, assume relevância a luz direta e intensa no ambiente e muitas vezes sobre os seus olhos, falta de atenção, ausência de movimento, escuridão

total ou ausência de luminosidade adequada quando acordado, estímulos auditivos, tácteis, dor e movimentos fortes (Almeida et al., 2008; Hockenberry & Wilson, 2014).

A maioria das pessoas são sensíveis à luz brilhante, apresentando dificuldades em dormir na presença da mesma, portanto, não é estranho quando a literatura afirma que o RNPT devido a sua imaturidade apresenta maior sensibilidade aos estímulos luminosos, sendo esta tanto maior quanto menor for a sua IG (Dräger, 2019).

Além da hipersensibilidade, o RNPT apresenta menos acuidade e acomodação do que as crianças nascidas a termo, o que pode implicar olhar fixo sobre uma estimulação visual intensa, por sua incapacidade de interromper este estímulo, desencadeando lesões na estrutura da retina, prejudicando o seu funcionamento (Freitas, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014).

O padrão de iluminação existente na UCIN, num contínuo de iluminação durante as 24 horas, depende tanto das situações de prestação de cuidados e da equipa, bem como do *design* da unidade (Hockenberry & Wilson, 2014). Ampliações provisionais da iluminação podem ser necessários para alguns procedimentos específicos ou para avaliação do RNPT, pois está provado que a iluminação deficiente se encontra associada à diminuição da produtividade e ao aparecimento de erros (Almeida et al., 2008).

Isto implica tanto uma organização do espaço de forma que cada unidade tenha uma fonte de luz com intensidade e orientação regulável, permitindo orientar a iluminação em direção ao procedimento e o local preciso, bem como a separação das zonas que implicam maior luminosidade, tais como, preparação de medicamentos, registo e leituras de processo clínico e de lavagem das mãos, de modo que a luz não atinga uniformemente a unidade no seu todo (Almeida et al., 2008).

Normalmente, a iluminação ambiente nas UCIN ronda os 430 a 1600 lux durante o dia, com diminuição drástica desses níveis durante a noite, reportando níveis de oscilações nesse período entre 50 a 90 lux (Hockenberry & Wilson, 2014), o que implica um padrão de iluminação instável e irregular totalmente diferente do ambiente protegido in útero, desorganizando o ritmo circadiano hormonal (Freitas, 2014).

A AAP recomenda uma iluminação máxima de 650 lux para observação, 1080 lux para procedimentos e fora dessas duas situações, níveis ajustáveis entre 10 e 600 lux, bem como a introdução de iluminação cíclica dia/noite, aproximando o ambiente tanto quanto possível da experiência vivenciada in útero, garantido assim cuidados profissionais

apropriados e qualidade de vida ao RNPT (Betancourt-Fuentes et al., 2011; Rodriguez & Pattini, 2016).

No entanto, Freitas (2014) é da opinião que, no ambiente das UCIN, o RNPT se encontra exposto de forma rígida a uma iluminação artificial, branca, fria e intensa, mantendo quase que inalterável durante as 24 horas e ainda, por vezes, ampliada com a necessidade de fototerapia.

Irregularidades no controlo da luminosidade sobre o organismo do RNPT associam-se frequentemente a uma diminuição da saturação de O₂, reações lesivas sobre as estruturas óticas, conduzindo à retinopatia da prematuridade (ROP), cegueira, instabilidade respiratória, aumento da frequência cardíaca, elevação da pressão arterial, aumento da atividade motora e stresse (Freitas, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014; Rodriguez & Pattini, 2016).

A preocupação em manter regularizada a iluminação na UCIN não é recente e vem mudando ao longo do tempo, no entanto, é notado a carência de uma base científica sólida para sustentar as práticas desenvolvidas, o que terá contribuído para que o ambiente de cuidados ao RNPT passasse de um extremo de iluminação intensa nas décadas de 70 a 90 para um outro extremo no início do novo milénio, quando se passou a defender uma proteção da luz de forma rígida e contínua, mergulhando o RNPT numa penumbra permanente, tendo como base a ideia da escuridão uterina como o melhor meio para o desenvolvimento (Almeida et al., 2008).

No entanto, estudos efetuados ultimamente vieram confirmar a importância da alternância cíclica de luz dia/noite para um desenvolvimento adequado da capacidade visual do RNPT e do seu ritmo circadiano (Almeida et al., 2008; Ramachandran & Dutta, 2013), pelo que atualmente já é evidente que o RNPT embora precise de proteção contra a luz intensa, precisa também de um ambiente claro que estimule o seu desenvolvimento (Dräger, 2019).

Manter o RNPT em UCIN sob uma Iluminação propícia e de forma regulada reduz o nível de cortisol, amplia a duração do sono, favorece o contacto com o ambiente, melhora os seus padrões de comportamento, propicia o desenvolvimento apropriado do ritmo circadiano e estimula a libertação de hormonas do crescimento. Também existe consenso de que o RNPT fica mais estável e consome menos energia em condições iluminação

ambiental regulada (Betancourt-Fuentes et al., 2011; Dräger, 2019; Rodriguez & Pattini, 2016)

Pelo contrário, manter o RNPT numa penumbra persistente priva-o da informação circadiana que habitualmente receberia in útero até o final da gestação, o que implica considerar que, perante a filosofia dos CCD, a penumbra contínua está contraindicada, pois está aquém do ambiente vivenciado in útero, isto é, não existe regulação do ritmo circadiano, interferindo com a qualidade de sono, do RNPT, dificultando o crescimento estatura-ponderal do RNPT e, ainda, favorecendo o aparecimento de complicações do sistema visual (A. Almeida et al., 2008).

Estas afirmações vão ao encontro da ideia de Betancourt-Fentes et al. (2011), quando alertam que controlar os estímulos luminosos sobre o organismo imaturo do RNPT não significa que este deve ser mantido numa ambiente de penumbra absoluto pois, neste estágio de desenvolvimento, seu cérebro precisa também de ser modelado com base em estímulos sensoriais, o que implica a adequação dos mesmo ao momento de seu desenvolvimento em quantidade e qualidade necessária. A luz direta e contínua deve ser evitada até às 40 semanas de idade corrigida, o que implica ter como padrão uma iluminação ambiente ciclada, prevenindo a exposição à luz direta e contínua (Ramachandran & Dutta, 2013).

Concomitantemente, a intensidade da luz na UCIN interfere com a qualidade de vida e o desempenho profissional dos profissionais que aí trabalham, bem como na capacidade de comunicação e na relação criada entre estes e os pais (Almeida et al., 2008).

Muitas vezes, para aumentar a acuidade visual nos procedimentos em UCIN, são necessários níveis mais altos de iluminação (Rodriguez & Pattini, 2016). Sendo a enfermagem o grupo profissional que executa maior número de intervenções e que mais permanece ativa junto ao leito do RNPT, deverá estar sensibilizada não só para implementar intervenções que minimizem os efeitos nocivos da luz sobre o RNPT, como também para sensibilização do pessoal afeto ao ambiente no seu todo.

Ambiente Tátil e Cinestésico

Como referido anteriormente, o RNPT está exposto diariamente a vários fatores stressantes. Esta exposição é passível de originar alterações estruturais e funcionais em

áreas específicas do seu cérebro, podendo afetar o seu desenvolvimento tanto a curto como a longo prazo (Pepino & Mezzacappa, 2015).

O RNPT sai de um meio aquoso, onde está sujeito aos movimentos com influência da gravidade, vivenciando aí experiências sensoriais adequadas ao normal desenvolvimento cerebral, para emergir num meio repleto de estímulos excessivos, inapropriados e diversificados, em função da sua situação clínica (Freitas, 2014).

As terminações nervosas sensoriais no recém-nascido são bem desenvolvidas, independentemente da maturidade. Enquanto que o recém-nascido de termo mostra habituação à repetição da estimulação, o RNPT mostra sensibilização, sendo capaz de apresentar resposta comportamental, fisiológica e hormonal ao toque e à dor às 20s de gestação (Jurica et al., 2016).

Com o evoluir dos cuidados de saúde, as manipulações aumentaram significativamente, assumindo carácter dual, ou seja, enquanto que, por um lado, são imprescindíveis para o desenvolvimento do RNPT, por outro lado, podem implicar variações nocivas, implicando na sua estabilidade e desenvolvimento cognitivo (Freitas, 2014).

O RNPT basicamente é estimulado inadequadamente e os estímulos oferecidos desajustados ao seu nível de desenvolvimento, tem sido alvo de preocupação de vários autores que defendem os CCD, levando-os a criar vários programas de intervenção na prematuridade (Freitas, 2014). Os programas para otimizar os CCD, além da adequação do ambiente, incluem a estimulação suplementar (Rosa, 2013).

A estimulação suplementar está relacionada com a maturação dos sistemas sensoriais e, se iniciada precocemente, gera impacto sobre o desenvolvimento cognitivo do RNPT, que podem ser verificados até os 36 meses de idade (Camargo, Pereira, & Moran, 2017).

Entre as diferentes formas de estimulação suplementar, encontram-se a oral, a auditiva, a vestibular, a tátil, a cinestésica, e várias combinações dos diferentes tipos de estimulação, denominadas multimodais (Freitas, 2014; Rosa, 2013). A literatura evidencia maior eficácia perante a estimulação multimodal em comparação com as técnicas de estimulação utilizadas de forma isolada (Camargo et al., 2017; Freitas, 2014; Jurica et al., 2016; Pepino & Mezzacappa, 2015)

A estimulação tátil sobre a forma de massagem associada a estimulação cinestésica é uma dessas modalidades de intervenção que vem sendo alvo de investigação nos últimos anos

e é observado que, em conjunto com o tratamento clínico padrão, apresenta benefício adicional de reduzir as manifestações comportamentais de stresse contribuindo para estabilidade das múltiplas funções fisiológicas (Jurica et al., 2016; Pepino & Mezzacappa, 2015)

Pepino e Mezzacappa (2015), numa revisão sistemática sobre a aplicação de estimulação tátil-cinestésica em RNPT, também encontraram na literatura evidência de melhores resultados na combinação dessas duas modalidades, quando comparadas com a utilização da estimulação tátil isolada.

Evidência de episódios de maior relaxamento, tendo efeito significativo sobre o ganho de peso e na formação óssea, melhores respostas na regulação dos estágios de sono/vigília, efeitos positivos no sistema imunológico, repercutindo-se positivamente na redução do tempo de internamento e ainda melhores scores de crescimento e desenvolvimento nas consultas de *follow-up*, foram detetadas no RNPT, quando houve associação da estimulação tátil com a cinestésica, sendo esta técnica recomendada como uma possível terapia a ser associada ao tratamento médico padrão no RNPT (Nalom, Soares, & Cárnio, 2015; Pepino & Mezzacappa, 2015).

A massagem associada a estimulação cinestésica revelou evidências de reduções significativas nos comportamentos de stresse do RNPT, melhores respostas neurocomportamentais e melhores resultados de desenvolvimento aos 2 anos de idade (Pineda et al., 2017).

Nesta linha de pensamento, surge a ideia de que as modalidades de estimulação sensorial não devem ser vistas de forma isoladas, mas sim como parte integrante de um cuidado de enfermagem global e integradas nas intervenções autónomas de enfermagem (Freitas, 2014; Pepino & Mezzacappa, 2015).

Para Freitas (2014), é reconhecido que quando os estímulos são adequados, o RNPT é capaz de mostrar sinais de alerta e atenção, sendo capaz de suprimir qualquer interferência através de reações reflexas para conseguir permanecer atento.

Saber descobrir o estado de alerta no RNPT é imprescindível, no sentido de equilibrar a estimulação e evitar sobrecarga sensorial, pois o RNPT na sua perceção do mundo exterior, interioriza não só o estímulo a ser realizado, como também a forma como este é concretizado, o que implica deixar que ele decida sobre a quantidade e o tipo de estimulação sensorial que pode suportar (Freitas, 2014).

Pepino e Mezzacappa (2015), em revisão de literatura, encontraram evidências de que a estimulação multimodal, em especial a tátil-cinestésica, melhora a organização comportamental com respostas positivas na autorregulação, o que resulta em melhorias nos padrões fisiológicos. Ainda reúne vantagens de não ser invasiva, não implicar custos dispendiosos e ser uma prática considerada segura para o RNPT.

Uma importante prática que também fornece estimulação multissensorial é o Método Canguru. É considerada uma intervenção acessível e de baixo custo, pois depende mais de mudanças de atitude do que mudanças estruturais.

A OMS evidencia que o Método Canguru tem sido especialmente benéfico no cuidado aos prematuros estáveis em ambientes com poucos recursos, mostrando redução significativa das taxas de mortalidade entre o RNPT quando iniciado na primeira semana de vida. Especifica o Malawi como excelente exemplo nessa prática, apresentando redução nas taxas de mortalidade de 40 por mil nados vivos em 2000 para 24 por mil nados vivos em 2012 (OMS, 2019).

O Método Canguru consiste em oferecer ao RNPT estímulos com o mínimo de roupa possível para favorecer o contato pele a pele com a mãe ou com o pai, que devem, portanto, estar com o tórax descoberto, tendo sido este introduzido por Als como um componente do NIDCAP (Tessier et al., 2003).

Neste método, estão implícitas combinações de modalidades de estimulação sensorial, o que permite garantir que é uma técnica de estimulação multimodal muito propícia ao neurodesenvolvimento do RNPT. Entre essas modalidades combina: estímulos auditivos, visuais e tácteis, pela comunicação com os pais e a colocação em posição ereta que lhe permite ver o rosto e o corpo dos pais e ouvir as suas vozes; estímulos olfativos pela proximidade ao corpo da mãe; estímulos táteis por contato permanente pele a pele, estimulações vestibulo-cinestésicas pela localização no peito, sendo possível realizá-la em qualquer período do dia (Pineda et al., 2017; Tessier et al., 2003).

Ainda, os autores defensores dos CCD consideram técnica de estimulação complementar o posicionamento terapêutico. É um procedimento simples e de baixo custo que quando bem executado, fornece suporte postural e apresenta benefício imediato e duradouro sobre o desenvolvimento do RNPT (Cruz, 2018; Rosa, 2013).

Alicerçado nos seus pressupostos, estão a simulação dos movimentos característicos no ambiente in útero, tais como: a flexão fisiológica; a orientação à linha média; o

comportamento auto regulatório; o alinhamento postural; a inibição dos padrões anormais de movimento e postura (Rosa, 2013).

O RNPT possui seus músculos imaturos, ainda sem desenvolvimento do tônus adequado para assegurar os movimentos sob ação de gravidade a que são expostos após o nascimento, propiciando uma postura em extensão. Associado a isso, com a ação da gravidade a que são expostos após o nascimento, são privados dos adequados movimentos dos membros superiores e o encontro com a linha média, fatores estes imprescindíveis para harmonia no seu desenvolvimento (Toso et al., 2015).

Hockenberry e Wilson (2014) são da opinião de que a manutenção de posturas desadequadas no RNPT frequentemente se associa a deformidades posicionais, que pode afetar tanto a estabilidade como o conforto, além de afetar o desenvolvimento motor e interferir com a atratividade e o apego social.

Por isso, o posicionamento terapêutico além de implicar a manutenção de uma postura adequada, deve adequar o reposicionamento em horário regular e associar-se à utilização de materiais para acomodar os equipamentos médicos necessários, tendo o cuidado de avaliar os riscos associados e os benefícios para cada situação e criança específica (Cruz, 2018).

Santos et al. (2017) encontraram evidencia na literatura de que o posicionamento adequado e mantido de forma regular no RNPT melhora a sua autorregulação, proporciona o controlo do estado e vigília, resultando em menos episódios de stresse, favorecendo maior conservação de energia com melhores desfechos no crescimento e o desenvolvimento adequado.

Para Freitas (2014), a posição em flexão ligeira bem alinhada e confortável é a mais recomendada, devendo-se manter tanto quanto possível durante os procedimentos. Todos os decúbitos podem ser utilizados, mas, no caso o RNPT tiver força muscular suficiente, pode-se dar preferência aos decúbitos laterais e ventral para maior estabilidade fisiológica e melhor conforto.

O posicionamento lateral, além de favorecer o contacto visual com as mãos, facilita o trabalho da musculatura intercostal do lado que o RN se encontra apoiado. No entanto, deve-se ter o cuidado de alternar as posições ao longo do dia, pois manter uma posição por longo período, mesmo que seja adequada, além de expor o RNPT ao risco de

desenvolvimento de úlceras por pressão, pode também provocar assimetrias posturais (Camargo et al., 2017).

Ao posicionar o RNPT, deve-se considerar ainda a possibilidade dos movimentos para manter a função neuromuscular e osteoarticular e favorecer o desenvolvimento da atividade motora espontânea (Santos et al., 2017).

Mediante o exposto, protocolos de posicionamento padrão bem estruturados e aplicados com regularidade em UCIN facilitam o cotidiano de trabalho, orientam a equipa quanto ao posicionamento de forma individualizada, contribuindo para a diminuição do stresse fisiológico e motor do RNPT, sendo também esta uma intervenção de enfermagem de extrema importância (Toso et al., 2015).

Associada ao posicionamento se encontra ainda a contenção, que tem o benefício adicional de manter uma posição fletida suave e de diminuir os episódios de desorganização durante o reposicionamento e os procedimentos (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta técnica favorece a auto-organização postural e promove sensação de segurança imitando o ambiente intrauterino.

Além de posicionar corretamente o RNPT, cabe também realçar a posição do leito na unidade com relação à diversidade de necessidades de prestação de cuidados, o que tem implicado o desenvolvimento de unidades ou áreas de prestação de cuidados intermédias. Essas unidades proporcionam cuidados apropriados aos RN que ultrapassaram a fase crítica e necessitam de cuidados específicos de enfermagem e de um maior envolvimento da família, proporcionando resiliência no cuidado ao filho (Hockenberry & Wilson, 2014).

Estes ambientes propiciam a prática do Método Canguru, que além do evidenciado anteriormente, ainda a literatura vem provando que é uma excelente técnica que propicia regulação térmica do RNPT, especialmente aqueles estáveis e com peso superior a 1800g, o que implica afirmar que muitas vezes a instabilidade térmica no RNPT se encontra mais relacionada com a falta de consciência do que com a falta de equipamentos para prover temperatura adequada (Roychoudhury & Yusuf, 2017).

O *design* do ambiente circundante do RNPT deve permitir acesso imediato aos equipamentos, espaço físico para organização dos pertences e permitir mudar o leito de posição durante o dia, conferindo experiência de movimento e permitindo assim reorientar o seu input sensorial (Freitas, 2014).

Ambiente Térmico

Concomitantemente com meio sensorial a termorregulação, estando relacionada com a transição e sobrevivência do RNPT, é uma necessidade primordial para garantir o seu crescimento e desenvolvimento. A manutenção de uma temperatura constante do RNPT é um aspeto desafiador para a enfermagem, pois mesmo com temperatura de ar ambiente ótima, este pode desenvolver tanto hipotermia como sobreaquecimento, devido a sua incapacidade de equilibrar a produção, dissipação e conservação de calor e manter estabilidade térmica de forma independente (Hockenberry & Wilson, 2014; Rolim et al., 2010).

O RNPT é capaz de sofrer tanto devido ao stresse causado pelo frio como também ao stresse associado à hipertermia de causa ambiental, sendo o seu cérebro bastante sensível a alterações e flutuações térmicas. Isto implica mantê-lo num ambiente térmico neutro para melhor estabilidade (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

O ambiente térmico neutro é definido como aquele que permite uma faixa de temperatura ambiental na qual a taxa metabólica é mínima e a temperatura corporal é mantida sem alteração na produção ou perda de calor (Brasil. Ministério da Saúde, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014).

A manutenção deste ambiente de forma estável deve ser uma das metas prioritárias da enfermagem em qualquer contexto onde se presta cuidados ao RN, independentemente da idade gestacional. O stresse causado pela instabilidade térmica ambiental pode desencadear problemas metabólicos e fisiológicos, sendo de fundamental importância o conhecimento da enfermagem sobre a termorregulação e os riscos associados à instabilidade térmica para esses pacientes (Rolim et al., 2010).

A prematuridade é um fator de risco para instabilidade térmica, pois, decorrente da incapacidade física de manter a homeostase, o RNPT resfria-se ou sobreaquece com facilidade frente as variações térmicas ambientais (Rolim et al., 2010).

Enquanto que acima do limite da neutralidade térmica, falta no RN a capacidade de dissipação de calor, aumentando as perdas de água com conseqüente aumento da taxa metabólica, abaixo deste limite, o RN tenta aumentar a sua taxa metabólica para conseguir produzir calor, sendo esta realizada a custo do consumo de oxigénio e de glicose (Gameiro, 2018).

No entanto, cabe realçar que estes RNs são propensos a apresentar hipotermia como complicação mais evidente. Frente à hipotermia, há diminuição da temperatura cutânea e, não havendo intervenção, a temperatura central cai, podendo resultar em hipotermia irreversível, levando o RN ao óbito. A mortalidade pode chegar a 98%, caso a temperatura central atinja valores abaixo de 32°C (Rolim et al., 2010; Roychoudhury & Yusuf, 2017).

Face ao aumento de consumo de oxigénio, ocorre vasoconstrição pulmonar e periférica, provocando baixa na captação pulmonar de oxigénio e no aporte de oxigénio aos tecidos e aumento da glicólise anaeróbica, conduzindo ao aumento de PO₂ e diminuição do PH, levando a acidose metabólica (Rolim et al., 2010).

Contudo, estes RN podem também desenvolver hipertermia, sendo esta relacionada com o sobreaquecimento, que é mais comum ser relacionada a fatores ambientais e pode resultar também em efeitos nefastos para o RNPT (Roychoudhury & Yusuf, 2017).

A OMS e outras organizações científicas recomendam a manutenção de uma temperatura axilar entre 36,5 °C e 37,5°C para o RNPT, podendo esta ser conseguida com uma temperatura ambiental em torno 26 °C. No entanto não existe um intervalo fixo de temperaturas, variando esta com a idade do RN, sua idade gestacional e o peso ao nascer (Roychoudhury & Yusuf, 2017).

Para conseguir melhores resultados no desenvolvimento, as medidas de termorregulação devem ser iniciadas precocemente, desde a transição para a vida extrauterina, mantidas durante o internamento em UCIN e assegurar orientação aos pais para a continuidade dos cuidados (Gameiro, 2018).

Para isso, AAP recomenda que os profissionais estejam aptos a atuarem precocemente com estas medidas, sendo recomendadas algumas diretrizes, tais como: o conhecimento dos vários tipos e mecanismos de ação dos dispositivos para manter um ambiente térmico neutro; conhecimento das causas, das consequências metabólicas e do tratamento de RN com hipotermia ou hipertermia (Roychoudhury & Yusuf, 2017).

Para além destas necessidades ambientais, também o aporte de oxigénio (por vezes, com necessidade de suporte respiratório), o aporte nutricional e as condições higiénicas e de proteção microbiológica, a capacitação dos pais, entre várias, são igualmente relevantes para a sobrevivência e desenvolvimento dos RNPT, contudo no relato e na reflexão crítica sobre as experiências de estágio que se seguem esses aspetos serão abordados e, nalguns casos, desenvolvidos.

CAPÍTULO II – EXPERIÊNCIAS DE APRENDIZAGEM NO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Neste capítulo são abordados todos os assuntos referentes aos módulos previamente organizados para a consecução dos objetivos traçados para o estágio, sendo estes: Módulo I: Cuidados específicos promotores do desenvolvimento dos RNPT; Módulo II: Cuidados de prevenção, avaliação e alívio da dor e stresse dos RNPT; Módulo III: Promoção do aleitamento materno no RNPT; Módulo IV: Envolvimento e capacitação dos Pais para a parentalidade; Módulo V: Avaliação e cuidados imediatos pós nascimento (sala de partos) e transferência para neonatologia; Módulo VI: Continuidade dos cuidados (follow-up das crianças nascidas prematuras).

2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO DOS MÓDULOS DE ESTÁGIO

Neste subcapítulo será apresentado uma breve contextualização dos serviços onde foram desenvolvidos os módulos de estágio anteriormente referidos, nomeadamente: Maternidade Daniel de Matos (MDM), Maternidade Bissaya Barreto (MBB) e UCIN do Hospital de Leiria, sendo esta também precedida de uma breve contextualização do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), E.P.E. Cabe realçar que em alguns casos será dado enfoque especial à organização dos serviços, quando o seu cariz faz valer a pertinência no quadro do tema central deste estágio “ Gestão e Organização dos Cuidados ao RNPT.

O CHUC resultou da fusão de 7 entidades Hospitalares da zona de Coimbra, passando a ser considerado o maior centro hospitalar de Portugal. Esta fusão teve como objetivo permitir que os hospitais melhorassem continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo à população qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e aumentar a eficiência dos serviços.

O CHUC tem como missão “a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação, constituindo-se como uma referência nacional e internacional em áreas consideradas como polos de excelência”(CHUC, 2016). Trata-se, pois, de um centro

hospitalar altamente diferenciado para a rede de hospitais da região centro e assume-se como referência nacional para algumas patologias.

O seu papel não é exclusivamente assistencial, dando cumprimento ao explícito pela OMS, de que os hospitais são organizações de carácter médico-social que, além da prestação de cuidados preventivos e curativos, devem ser centros de ensino e investigação para os profissionais de saúde e de ciências biossociais (WHO, 2018).

Sendo assim, o CHUC assume plenamente as suas responsabilidades formativas e é nesse contexto que fui bem acolhida e orientada pelos dirigentes de enfermagem no sentido de concretizar os objetivos traçados a priori e constantes no projeto previamente apresentado.

Importa referir que o CHUC, no seu todo, é constituído pelos seguintes Hospitais: Hospital Geral (HG – Covões); Hospital Pediátrico de Coimbra; Maternidade Bissaya Barreto (MBB); Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC); Maternidade Dr. Daniel de Matos; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.

Como referido anteriormente o estágio decorreu nas duas maternidades integradas no CHUC. De igual forma a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos do Centro Hospitalar de Leiria foi escolhido como campo de estágio, embora com propósitos específicos, por possuir cuidados de apoio perinatal. Mesmo sendo um serviço com cuidados menos diferenciados, integra as áreas de referência dessas maternidades, o que permite entender a comunicação existente entre os HAP e os de HAPD.

Para aceder ao campo do estágio, foram realizados contactos informais com as enfermeiras chefes das unidades onde se pretendia desenvolver os módulos constantes no projeto e, seguidamente, foi efetuado um pedido de autorização por escrito à Direção de Enfermagem. Após estes procedimentos, a mestranda e o professor orientador apresentaram aos serviços alvos para reunião com os responsáveis, onde foi falado de possíveis estratégias a utilizar para consecução dos objetivos constantes no projeto de estágio.

Em todos os locais de estágio fui cordialmente acolhida pelas enfermeiras chefes de serviço e apresentada às enfermeiras orientadoras bem como à toda a equipa, seguido de uma apresentação da estrutura física, dos métodos de prestação de cuidados de enfermagem, métodos de registos e demonstração dos materiais e equipamentos disponíveis.

Conhecer a estrutura dos serviços e a organização das unidades de prestação de cuidados no sentido de responder às necessidades de cuidados é imprescindível para a integração de qualquer estagiário e para dar cumprimento aos objetivos traçados.

2.1.1 Maternidade Bissaya Barreto

A Maternidade Bissaya Barreto (MBB) foi a principal unidade escolhida para o campo de estágio, onde foi desenvolvida a maior parte dos módulos acima referidos. Como mencionado anteriormente, integra-se no CHUC e situa-se na zona norte da cidade de Coimbra, em Celas, na Freguesia de Sé Nova.

Integra uma de influência que inclui 21 centros de saúde da sub-região de saúde de Coimbra e os centros de saúde de Anadia, Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Mealhada, Mortágua, Pedrógão Grande e Sertã. Como um HAPD constitui referência para os hospitais Castelo Branco, Figueira da Foz e Leira, assumindo-se ainda como referência para os hospitais de Aveiro, Viseu, Guarda e Covilhã (que têm serviços de assistência perinatal, embora menos diferenciados).

Esta instituição foi inaugurada a 28 de abril de 1964 e destinou-se, desde sempre, a prestar cuidados à mãe e recém-nascido e a assegurar o acompanhamento e desenvolvimento da criança, numa perspetiva integrada, desde a prevenção à reabilitação, pretendendo ser reconhecida como uma organização de excelência, sendo o foco da sua missão a prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados. Constitui um centro de referência regional e nacional, em áreas distintas e integra ainda como elementos estruturantes da sua missão a investigação e a formação pré e pós-graduada.

Procurando dar cumprimento ao explícito nos módulos, dentro da MBB, o plano de estágio se desdobrou em diferentes contextos onde se prestam cuidados de enfermagem ao RN/família, com enfoco especial na observação da organização dos cuidados ao RNPT a saber: UCIN; Bloco de Partos; Unidade de Intervenção Precoce na Relação Mãe-filho.

Também foi escolhida a Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF) que embora não preste cuidados diretos ao RNPT, presta assistência à grávida em ameaça de TPPT, incluindo intervenções que contribuem para o sucesso do neurodesenvolvimento do prematuro. Esta unidade foi incluída nos objetivos após reunião com a enfermeira chefe do bloco de partos por achamos pertinente conhecer um pouco da realidade de prestação

de cuidados à grávida alvo de ameaça de parto prematuro, antes da observação direta dos cuidados ao RNPT durante o nascimento.

✚ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

A UCIN da MBB foi criada em 1970, com a designação de “Centro de Prematuros”, cujo objetivo era dar assistência e prestar cuidados ao RNPT sem problemas. Funcionava de portas fechadas, com um sistema de intercomunicadores, permitindo o contacto do corpo clínico com o exterior. A comunicação com os familiares também era efetuada através de intercomunicadores, tudo no intuito de diminuir ao mínimo os riscos de infeção.

A lotação era de 25 unidades, possuía fracos recursos humanos e materiais, funcionando em regime de turnos para o pessoal da enfermagem, sem Auxiliares de Ação Médica, sendo a higiene do material e do ambiente asseguradas pelas enfermeiras.

A partir de 1986, recebe novos equipamentos, passa a receber RNT e RNPT com patologias associadas, a lotação passa a ser melhor definida (18 enfermeiros para 25 RNs). Embora com uma taxa de ocupação na maioria das vezes completa, já era visível uma certa preocupação com a humanização dos cuidados, recebendo por isso o título de Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCERN).

O título de “Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)” é atribuída a partir de 1992, abrindo espaço a uma nova filosofia de cuidados (manter a vida, evitar sequelas e focar-se na humanização), com carácter mais aberto e passando a receber RNs com necessidade de apoio ventilatório, com 12 unidades e novos equipamentos disponíveis.

A partir de 2012, integrada no CHUC, mantendo a lotação referida e prestando cuidados intensivos neonatais, assume-se como referência para as áreas da MBB. Estes RNs podem ser provenientes da sala de partos, serviços de puerpério, hospital pediátrico, domicílio, outras estruturas de saúde da região ou de todo o país, desde que haja disponibilidade de vagas. No momento da alta ou transferência é estabelecido contacto com a unidade de saúde que irá assegurar a continuidade dos cuidados (centro de saúde ou hospital), sendo a transferência assegurada em incubadora de transporte e acompanhada com garantia de serviço de enfermagem.

Esta Unidade dispõe de 3 salas de internamento, sendo uma reservada para os RNs de alto risco, outra para RNPT mais estáveis e a última para cuidados intermédios. Não dispondo de um espaço próprio para isolamento, situações de alto risco de contaminação

são tratadas na mesma sala com intervenções compatíveis com a segurança do meio envolvente.

Dispõe ainda de zonas de apoio, as quais: sala de trabalho de enfermagem; gabinete médico (onde são realizadas as reuniões de passagem de turno); gabinete da chefe de enfermagem; sala para armazenamento de material; sala para vestiário do pessoal; copa; sala de desinfecção de incubadoras, materiais e algumas roupas específicas, sendo disponível uma máquina de lavar; casa de banho.

Nesta unidade, foram desenvolvidos três módulos do estágio: o Módulo I - Cuidados específicos promotores do desenvolvimento do RNPT, o Módulo II - Cuidados de prevenção, avaliação e alívio da dor e stresse do RNPT e o Módulo IV - Envolvimento e capacitação dos pais para a parentalidade. Foi também campo para orientação de algumas práticas relativas ao Módulo III- Promoção do aleitamento materno no RNPT, que é basicamente focada numa revisão integrativa de literatura sobre “Estratégias Promotoras do Aleitamento Materno nos latentes Nascidos Prematuros”.

Bloco de Partos

O bloco de partos fica situado no piso 2 da MBB. Na parte central da estrutura física, existe uma sala ampla que dá acesso às demais estruturas da unidade, sendo nela disponíveis alguns equipamentos, armários e secretárias com materiais de consumo clínico, administrativo e informático, arquivos em papel e alguns protocolos de uso comum.

Dentre as demais estruturas, existem quatro unidades em espaços individuais permitindo a privacidade da parturiente e acompanhamento individualizado durante todo o trabalho de parto, sendo estas munidas de todos os materiais imprescindíveis para a realização de parto natural, sem esquecer os requisitos para desenvolver um ambiente propício ao desfecho natural do mesmo. Todos os quartos são aquecidos e organizadas para uso imediato, ficando sempre aptos a funcionar após cada procedimento, sendo o seu controlo da responsabilidade da enfermagem.

Existe um bloco operatório destinado a prestar assistência imediata em casos de complicações durante o trabalho de parto e é também onde se realizam as cesarianas programadas. Existe igualmente uma sala específica para assistência imediata ao RN, com comunicação com as demais salas de partos e acesso direto ao bloco operatório por

uma porta através da qual se recebe de imediato o RN após o nascimento e ainda permite comunicação visual através de uma janela de vidro, facilitando uma visualização imediata da vitalidade do RNPT ao nascimento.

Esta sala de assistência aos RN encontra-se em aquecimento permanente e nela existe uma mesa de reanimação com fonte de calor radiante, fonte de oxigênio e aspiração em rede, panos em aquecimento constante numa estufa, materiais de cuidados imediatos, equipamentos, como o *Neoblender*, aptos para funcionar. Um balcão foi adaptado para servir como uma segunda mesa de reanimação, sendo este também equipado e pronto para utilização em caso de necessidade, estando também disponível um berço em anexo. Nas gavetas deste mesmo balcão, estão disponíveis os materiais de reanimação e de prestação de cuidados, sendo estes devidamente etiquetados e organizados consoante a ordem de prioridade no seu uso.

Ainda faz parte dos equipamentos da sala de cuidados do RN uma incubadora preparada para transporte interno dos RNs, equipada com material de urgência (*Neoblender*, ressuscitador infantil, fonte de oxigênio e aspiração), estando todos os materiais testados e aptos a funcionar. Para a higienização dos RNs, existe uma banheira acoplada ao balcão de reanimação. Existem também botijas de oxigênio de reserva nesse espaço.

Cabe realçar que a sala é reorganizada após cada utilização, ficando sempre funcional, sendo a sua manutenção e condições de operacionalidade da responsabilidade do enfermeiro. Existe um fluxograma de reanimação disponível para consulta, sendo este um meio imprescindível para determinar e controlar os passos a seguir durante a reanimação neonatal.

Relativamente aos cuidados imediatos ao RN, existe uma equipa composta basicamente por três elementos, incluindo uma enfermeira que desempenha um papel imprescindível para o sucesso nos primeiros minutos de vida do mesmo. No que tange à intervenção no processo de reanimação neonatal, a enfermeira posiciona-se junto aos pés do bebé sendo o seu papel, além do foco no sucesso dessas intervenções, organizar o material e assegurar a sua disponibilidade visando manter coordenação da equipa nas intervenções de reanimação ou na prestação de cuidados imediatos.

Em caso de transporte do RN até à neonatologia, este é garantido pela equipa, em incubadora de transporte, assegurando a continuidade dos cuidados até à entrada no serviço.

A gestão da unidade cabe à enfermeira chefe, sendo que em cada turno existe uma enfermeira responsável pela coordenação dos cuidados. As auxiliares de ação médica garantem a higiene do local de trabalho e as tarefas são cumpridas com regularidade.

Unidade de Medicina Materno Fetal

A UMMF, como referido anteriormente, foi incluída nos objetivos posteriormente, pois, para que o sucesso do neurodesenvolvimento do RNPT seja alcançado, existem intervenções que deverão ser iniciados ainda no pré-natal.

Esta unidade localiza-se no 2º piso da MBB, encontra-se dividida por um corredor central, comportando duas alas com uma lotação total de 16 leitos. O corredor central é simultaneamente zona de passagem para a UCIN.

Na ala da direita, encontramos uma sala de indução do trabalho de parto com três camas, uma sala designada de pré-parto com quatro camas, a sala de observações, que funciona também como local de preparação da terapêutica e colheitas de sangue e mais três salas que comportam 8 camas para grávidas de risco, com patologia da gravidez ou patologias associadas a Interrupção Médica da Gravidez. A última enfermaria com uma cama, destina-se preferencialmente a situações clínicas que necessitem de isolamento e/ou maior privacidade, como por exemplo a IMG, abortos retidos e patologia infetocontagiosa.

A ala da esquerda é constituída por dois gabinetes, tanto para a equipa de enfermagem como para a equipa médica; pelas instalações sanitárias das utentes; pela copa; um WC para uso dos profissionais do serviço e uma zona de sujios.

A unidade recebe grávidas de toda a região centro e também da região litoral norte de Portugal. Essas grávidas são admitidas na unidade vindas do serviço de urgência.

A equipa multiprofissional é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, recebe apoio da Diabetologista, Dietista, Assistente Social e Psicóloga.

Os profissionais de enfermagem da UMMF são também escalados para prestar cuidados no serviço de Urgência Obstétrica e Sala de Partos. A equipa é constituída unicamente por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (38 enfermeiros). A metodologia de trabalho utilizado na prestação de cuidados de enfermagem é o método individual, garantindo assim cuidados personalizados.

Toda a gestão dos cuidados de enfermagem, planeamento/ implementação, é apoiada pelas plataformas informáticas, *SCLINICO* com linguagem CIPE, procedendo-se ao registo sistemático e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, assim como consulta do processo e diário clínico.

As grávidas em situação de risco recebem cuidados obstétricos conducentes com a patologia materna ou fetal apresentada.

As grávidas em ameaça de parto pré-termo recebem cuidados especiais que servem de base para a resiliência frente ao processo de luto que se pode instalar perante o risco de trabalho de parto pré-termo, sendo neste âmbito que mantém uma relação de parceria com a UCIN pelo programa MÃE - Motivar Articular Estimular

Mantendo esta relação de parceria, através deste programa, é evidenciado intervenções específicas que promovam o neurodesenvolvimento tais como, preparação para a parentalidade em possível situação de crise, promoção da vinculação e do apego pais/filho. Este programa e suas intervenções enquadradas serão melhor esclarecidos no módulo específico dedicado ao processo de parentalidade.

Unidade de Intervenção Precoce na Relação Mãe-filho

A Unidade de Intervenção Precoce (UIP) foi criada em 1991 para a vigilância pré-concepcional, pré-natal e pós-natal de casais pertencentes a grupos de risco. O objetivo é intervir na melhoria da relação pais-filho em todos os casos em que esta relação possa estar em risco. O acompanhamento inicia-se durante a gravidez, sendo que terão continuidade após o nascimento através de um apoio pluridisciplinar integrado, quando se continua a justificar intervenção específica.

Nesta unidade, funciona a consulta de risco psicossocial, onde são vigiados os filhos de famílias com problemas sociais ou com psicopatologias. As crianças são vigiadas até aos 2 anos ou até a resolução do problema em causa. Em anexo existe uma unidade de internamento para RNs e crianças em risco (“*Ninho dos Pequenos*”).

Funcionam também nesta unidade outras consultas de pediatria, a saber: Consulta de Risco Infecioso, Consulta de Gémeos; Consulta de Patologia Renal; Consulta de *Follow-Up*:

Esta unidade possui gabinetes organizadas para consultas médicas e de enfermagem, entre elas, um gabinete destinado à consulta de Enfermagem Pediátrica. Existem também salas de apoio, tais como, uma sala de espera com panfletos munidos de orientação relacionadas com a educação para a saúde, decorações nas paredes e animações para tornar o ambiente mais acolhedor e menos stressante.

Quanto aos recursos humanos, a equipa é composta por médicas pediatras, médicas ginecologistas e obstetras, enfermeiras obstetras, enfermeira pediatra, psicóloga, assistente social e educadoras.

Foi com base na observação da organização das consultas de *Follow-up*, no sentido de atingir os objetivos do Módulo VI “Continuidade dos Cuidados”, que esta unidade foi incluída no plano de estágio, pois todos os RNPT que estiveram internados na UCIN são aqui seguidos para acompanhamento do seu desenvolvimento Psico-motor.

Esta modalidade de intervenção é sustentada na Lei de proteção de Crianças e Jovens em Perigo, tendo sua base fundamentada na criação dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco nos centros de saúde e núcleos hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. Privilegia a deteção precoce de fatores de risco social para o RN e a promoção de fatores protetores.

2.2.2 Maternidade Daniel de Matos

Fazendo parte do CHUC, como referido anteriormente, a MDM foi fundada em 1911 e atualmente assume a categoria de HAPD, fazendo referência para áreas de abrangência dos CHUC. A sua estrutura interna é composta pelos diferentes serviços de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia, envolvendo além dos demais cuidados obstétricos, a valência de Cuidados Intensivos Neonatais. Enquadra-se numa organização que assume compromisso de assegurar não só cuidados diferenciados com garantia de qualidade, como também promover a saúde e a integração social, buscando satisfazer as necessidades de seus clientes. Acolhe ainda a clínica universitária, colaborando no ensino de futuros profissionais, cumprindo, assim, os valores e a missão do CHUC.

Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido

A Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido da MDD, foi criada na segunda década do século XX, no entanto, só a partir de 1992, quando começa a prestar assistência ventilatória aos RNPT, passa a ser denominada Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido (UCIRN). Assume referência para as áreas de Aveiro, Viseu, Covilhã e Guarda, no entanto, dependendo de vagas, está disposta a responder a qualquer área do país, cumprindo com a sua missão de HAPD.

Fica situada no 3º piso com localização autónoma em relação aos outros serviços. A sua estrutura física interna é composta por quatro salas de cuidados intensivos, uma sala de isolamento e uma sala de cuidados intermédios. A lotação total é de quinze leitos, sendo nove equipadas para ventilação e seis destinados aos cuidados intermédios. Usufriui ainda de estruturas de apoio, tais como, uma sala de terapêutica, uma copa, e uma pequena sala de reunião à entrada do serviço que facilita a orientação das boas práticas de integração dos pais à unidade e ainda uma área para armazenamento de material limpo.

Fora da unidade, encontram-se os demais serviços de apoio, estando estes organizados de forma a permitir a circulação de material e pessoas em segurança, sem contacto direto com a unidade, a saber: gabinete de enfermagem, gabinete médico, vestiários, sala de armazenamento de material sala de desinfeção de material. Os circuitos para limpos e sujos são bem diferenciados. A sala de isolamento possui circuito de material sujo distinto. Cabe também realçar que os pisos, paredes e tetos são facilmente laváveis, os materiais de apoio de fácil limpeza, permitindo desinfeção apropriada, minimizando assim o crescimento de microrganismos.

Quanto aos recursos humanos, no que tange ao pessoal de enfermagem, os turnos de manhã funcionam com 5 enfermeiras e à tarde e à noite com 4 enfermeiras, sendo estas distribuídas de acordo com a exigência de trabalho existente em cada turno. Normalmente nos cuidados intermédios fica escalada uma enfermeira, independentemente do número de leitos ocupados. No entanto, a equipa funciona de maneira coesa, apoiando-se mutuamente consoante as necessidades do serviço.

Quanto ao pessoal médico, existem 6 neonatologistas, 2 pediatras e uma diretora de serviço que também presta serviço de urgência. Os assistentes operacionais estão sob a responsabilidade da enfermagem e distribuídos em regime de 2 por turno de manhã, 1 à

tarde e à noite, sendo que o assistente do turno de noite é também responsável pelo serviço de puerpério. A enfermeira chefe da UCIRN é também chefe de todos os assistentes operacionais da MDM.

Em complemento com a UCIN da MBB, nesta unidade foram igualmente desenvolvidas algumas atividades para concretizar os objetivos constantes nos módulos estipulados para a referida unidade. Todavia, neste sector, as atividades foram basicamente direcionadas para acompanhar as atividades da enfermeira chefe, especificamente nas valências de gestão e organização da unidade e dos equipamentos.

2.2.3 Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos do Hospital de Leiria

O Centro Hospitalar Leiria E.P.E. (CHL) é composto por três unidades de saúde que surgiram, numa primeira fase da fusão realizada entre o Hospital de Santo André, situado em Leiria e o Hospital Distrital de Pombal, sito em Pombal, e numa segunda fase da integração do Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, situado em Alcobaça. A lógica da junção destas três unidades de saúde em centro hospitalar assenta num pressuposto de prestação de serviços em complementaridade, rentabilizando assim os recursos disponíveis, permitindo à população da área abrangente uma oferta diversificada, com melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde.

Atualmente, é um centro hospitalar acreditado, possui como área de influência os concelhos de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere, Ourém e parte dos concelhos de Alcobaça e Soure. Na ótica de racionalização, complementaridade e hierarquização do sistema de cuidados, articula-se por intermédio do sistema de referenciação com os centros de saúde existentes nessa área geográfica, com os demais hospitais do Serviço Nacional de Saúde, do distrito, e centrais de Coimbra, assim como com as instituições integradas na rede de cuidados continuados integrados. Ainda apoia e colabora com as restantes unidades privadas ou de natureza social integradas no Sistema Nacional de Saúde, através da aquisição ou prestação de serviços, e com as entidades com responsabilidades de ensino, formação ou investigação.

O serviço de pediatria encontra-se dividido em cinco áreas, dentre elas, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos, situada no piso 1. Esta unidade é composta por salas de internamentos com equipamentos para ventilação invasiva e não invasiva,

incubadoras e berços abertos, incluindo uma sala específica para casos necessitando de isolamentos.

Além dessas salas, existe uma sala específica equipada para prestar cuidados intensivos a crianças e jovens (1mês - 18 anos de idade) e unidades de apoio, tais como, a ala para registros, que contém, além dos processos dos doentes, protocolos de boas práticas disponibilizados em formato papel e na intranet após validação dos mesmos e ainda uma sala de trabalho de enfermagem. A lotação total é de 15 leitos.

Fora da unidade, existem os serviços de apoio, entre eles, uma sala organizada para higiene das mãos, onde os pais também colocam os seus pertences em armário próprio, vestem uma bata e higienizam as mãos antes do acesso à unidade. Existe também um gabinete médico, uma sala de reunião, um armazém para equipamentos e materiais, uma sala para desinfecção de material, uma sala para arrumação de materiais limpos, casa de banho e copa.

Ainda para segurança dos utentes, em cada leito se encontra disponível material individualizado para precaução contra infeções e baldes de lixo identificados segundo o tipo de material a ser colocado.

O sistema de registo de enfermagem é apoiado pela plataforma informática, *SCLINICO* com linguagem CIPE. Para gestão de medicamentos, o sistema de farmácia é controlado através do *EKAMBAM*, existindo um frigorífico para conservação de todos os medicamentos com necessidade de refrigeração, sendo o controlo da temperatura monitorizado de forma rigorosa com registo padronizado para os turnos de noite. A temperatura da sala de tratamento também é controlada e existe uma folha específica para registo da mesma.

Um carro de emergência com desfibrilhador se encontra na sala dos cuidados intensivos pediátricos e é verificado nos turnos de noite, sendo este procedimento assinado em folha própria pelo enfermeiro responsável pela verificação.

Para finalizar este subcapítulo, cabe realçar que todos os profissionais de enfermagem dessas instituições anteriormente referidas guiam as suas práticas de acordo com as normas institucionais e as políticas nacionais de saúde, procurando responder às necessidades e expectativas de seus clientes de forma eficaz, eficiente e efetiva.

2.2 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E EVIDÊNCIAS DE APRENDIZAGENS POR MÓDULO

Neste subcapítulo, serão apresentadas as atividades realizadas e as evidências de aprendizagens nos diferentes contextos de estágio, com base nos módulos anteriormente especificados. Estas serão apresentadas mediante reflexão crítica sobre os CCD do RNPT, com orientação para gestão e organização dos cuidados de enfermagem.

Garantir a qualidade nos cuidados, além de fazer parte integrante da prática diária de enfermagem representa uma exigência legal da profissão. Sendo assim, a Ordem dos Enfermeiros portuguesa (2013) realça que, quando o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem assenta na procura contínua de excelência profissional, contribui concomitantemente para a máxima eficácia na organização dos cuidados.

Para Klock (2014), a organização do sistema de prestação de cuidados de Enfermagem em UCIN é um processo complexo e interdependente dos demais sistemas de saúde, o que implica a criação de um ambiente promotor de socialização e partilha de saberes, contribuindo assim para a implementação de práticas de cuidados diferenciados. Sendo assim, é evidente que para prestar CCD ao RNPT, é necessária uma boa organização em todas as unidades onde se presta assistência a esta população.

2.2.1 Módulo I - Cuidados Específicos Promotores do Desenvolvimento do RNPT

Objetivos:

- Analisar as políticas, normas e práticas de gestão e organização de cuidados promotores de desenvolvimento do RNPT durante o internamento numa UCIN;
- Analisar criticamente as práticas de cuidados observadas numa UCIN, enquanto promotoras de desenvolvimento do RNPT;
- Compreender o papel da liderança de enfermagem

Este módulo foi desenvolvido sobretudo em UCIN, no entanto, antes de entrar diretamente na observação da organização dos cuidados ao RNPT, passo a evidenciar algumas atividades realizadas na UMMF relacionados com a proteção do feto in útero e que contribuem para o sucesso do seu crescimento e desenvolvimento seguro após o nascimento. É evidente que a organização dos cuidados ao RNPT engloba vários

processos e diferentes serviços, sendo um cuidado multidisciplinar, articulado e dinâmico, aspetos imprescindíveis para o sucesso das intervenções.

Na rede de referência neonatal existente em Portugal, os cuidados permitem a deteção precoce de gravidezes de risco e a referência para nascimentos em locais onde permitem cuidados diferenciados. Sendo a MBB um HAPD, durante o estágio presenciei algumas situações em que as grávidas em ameaça de parto pré-termo eram internadas na UMMF para seguimento, seja para atrasar o nascimento, para que o feto atingisse maturidade in útero, seja para intervenções que acelerassem a sua maturidade orgânica, quando o trabalho de parto se via inevitável.

Dentre essas intervenções, podemos especificar os tocolíticos administrados no sentido de atenuar o trabalho de parto, o sulfato de magnésio utilizado para proteção neurológica do RNPT, a corticoterapia antenar para maturação pulmonar do feto e a quimioprofilaxia da infeção neonatal pelo estreptococo B. Existem protocolos de assistência de enfermagem organizados em formato papel e digital para essas intervenções terapêuticas, estando disponíveis para consulta em situação oportuna, visando intervenções organizadas e seguras.

Destas, achei pertinentes os protocolos de tocolíticos, com especial destaque para o *Atoziban*, e o protocolo de *sulfato de magnésio* utilizado na mulher para proteção neurológica do RNPT. Este último é um medicamento de baixo custo e se encontra facilmente disponível nos hospitais de Cabo Verde. Por não conhecer esta prática, achei pertinente fazer pesquisas sobre o mesmo, encontrando evidências de recomendações da OMS sobre o seu uso na proteção neurológica do RNPT.

Quanto aos tocolíticos, Bittar (2018) afirma que, embora não evitem o parto prematuro, na maioria dos casos, permite adiar o nascimento por pelo menos 48 horas, sendo o suficiente para a corticoterapia e a antibioterapia profilática, em caso de infeção pelo estreptococo do grupo B, reduzindo assim, as complicações no período neonatal.

Nos protocolos da UMMF, estão explícitos além dos princípios orientadoras das boas práticas na administração dos tocolíticos, os objetivos do mesmo, sendo estes, prolongar a gestação no sentido de completar um ciclo de corticoides e/ou neuroprotecção e ainda permitir a transferência in útero para outros centros, o que vai ao encontro às afirmações do autor anteriormente citado.

Quanto aos corticoides, o documento “Born Too Soon” (WHO, 2012) refere que são medicamentos administradas às grávidas com probabilidade elevada de parto prematuro iminente, no sentido de acelerar o desenvolvimento do pulmão do feto. A corticoterapia é uma prática segura, eficaz, de fácil acesso e com alto impacto na melhoria da sobrevivência do RNPT e foi comprovado poucos efeitos secundários nas doses recomendadas na ameaça de parto prematuro.

Bittar (2018) também refere que, quando o nascimento prematuro é inevitável, a única intervenção capaz de reduzir as principais complicações neonatais é a corticoterapia antenatal, considerando, com base em estudos, que além acelerar a maturidade pulmonar fetal, atua melhorando a maturidade funcional e estrutural de células de outros órgãos, reduz as principais complicações neonatais, tais como, síndrome da angústia respiratória, hemorragia intracraniana, e enterocolite necrosante, reduzindo, por conseguinte, a mortalidade neonatal e possíveis sequelas pós-natal associadas.

No entanto, Areia et al. (2018) alertam para que os corticoides possuem um potencial efeito anti-inflamatório e imunossupressor, pelo que, em casos de infecção/imunossupressão materna e ainda diabetes *méllitus*, deve ser discutido com um especialista da área o potencial risco da realização de ciclos de corticoides na grávida.

O TPPT em si já é um importante fator de risco para septicemia neonatal, no entanto existem outros fatores que contribuem para agravar este risco, entre eles, a infecção pelo estreptococo B, que é considerado um dos mais importantes agentes causadores de infecção grave no período neonatal, revelando como um importante problema de saúde pública. Em se tratando da profilaxia desta infecção, é considerada mais um procedimento obstétrico do que neonatal propriamente dito, sendo ela realizada no período intraparto, pois estudos não mostraram nenhuma vantagem no tratamento de grávidas infetadas antes do parto (Barbosa, Lima, & Souto, 2017; Costa, 2011).

A quimioprofilaxia intraparto é considerada a melhor forma de combate e consiste na administração de um antibiótico logo após o início do trabalho de parto ou ruptura das membranas. São necessárias pelo menos duas doses, com intervalo de 4 horas, antes do desfecho do parto, para que haja impacto na prevenção da colonização do RN ao nascimento. É uma intervenção acessível e é relativamente fácil implementá-la em sistemas de saúde com baixos recursos (Costa, 2011; Organização Pan-Americana da Saúde, 2017).

Na UMMF, o antibiótico de eleição é a Ampicilina e existe protocolo a ser seguido pela equipa quanto à prescrição, administração e seguimento da terapêutica.

Alguns autores também recomendam a antissepsia do canal de parto com gluconato de clorexidina. A clorexidina é um antisséptico largamente utilizado na prática hospitalar e é comprovada a sua excelente ação sobre germes gram-positivos e sua baixa toxicidade. Embora seja considerada uma medida prática, simples e de baixo custo, como a literatura carece de estudos que comprovem sua eficácia quando utilizada de forma isolada, recomenda-se a sua utilização como medida profilática coadjuvante da quimioprofilaxia (Barbosa et al., 2017; Costa, 2011).

Na UMMF não existe nenhum protocolo de assepsia do canal de parto com clorexidina implementado, no entanto, a higiene da grávida é garantida mediante orientação assegurada pela equipa de enfermagem.

Nestas intervenções, o enfermeiro assume papel relevante no seguimento da terapêutica dessas grávidas, pois são intervenções com condições próprias e períodos específicos para serem administradas, o que implica uma monitorização contínua e criteriosa e uma comunicação eficiente intra/inter-equipa.

A enfermagem assume igualmente o controlo das grávidas com necessidades específicas, tais como rutura de membrana, monitorizando sinais que predizem entrada TPPT, estando estas intervenções baseadas também em protocolos existentes na unidade.

Ainda perante a ameaça de TPPT, a enfermagem atua tanto com medidas farmacológicas como não farmacológicas na prevenção alívio e tratamento da dor, pois, na UMMF a dor é encarada como o quinto sinal vital.

É comprovado que a dor no trabalho de parto é intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais. Atualmente, é reconhecido que essa dor pode trazer consequências negativas, tanto para a mãe como para o feto, o que implica a utilização de estratégias de alívio, tanto quanto possível (Mourato, 2015).

Quando se fala de cuidados com foco na gestão da dor, podemos ao mesmo tempo afirmar que estes revelam-se como facilitadores da parentalidade positiva, pois ajudam a minimizar as experiências negativas relacionadas com a gravidez e o parto. Destes cuidados, podemos destacar, as estratégias não farmacológicas que são consideradas

medidas imprescindíveis (Mafetoni & Shimo, 2014; Silva, 2015) e é onde o enfermeiro assume papel de destaque.

A literatura evidencia que quanto menos experiências negativas a mulher tiver durante o processo de gravidez e parto, mais bem-sucedido será o processo de transição para a parentalidade, sendo estas conseguidas através dos programas de preparação para o parto com início durante a gravidez e ainda seguidas com apoio de uma enfermeira com experiência no momento do parto para ajudar as parturientes lembrar as competências aprendidas durante as aulas relativamente ao enfrentamento de momentos sob stress, pois os níveis de adrenalina comprometem a sua memória (Mourato, 2015; Silva, 2015). Cabe realçar que embora sejam intervenções específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, não descarta que estas sejam do conhecimento de outros profissionais que prestam cuidados à família, facilitando assim um cuidado integral humanizado.

Neste sentido, Mafetoni e Shimo (2014) referem que cabe ao enfermeiro e aos demais profissionais que atuam na assistência à mulher em trabalho de parto promoverem cuidados que diminuam os fatores de stress, colocando à sua disposição informações e orientações sobre estratégias que proporcionem conforto e segurança. Estas orientações oferecidas pelo enfermeiro deverão proporcionar à mulher liberdade de escolha para que ela seja capaz de autocuidar-se (Mourato, 2015).

Pelo exposto, devemos sublinhar que, na UMMF, o modelo de assistência de enfermagem está em consonância com as recomendações propostas pelas novas evidências.

A observação das intervenções de enfermagem, a orientação recebida pela enfermeira, a leitura dos documentos orientadores das práticas e ainda a fundamentação das mesmas com base na literatura, constituiu para mim uma experiência enriquecedora, no sentido não só de manter uma comunicação assertiva com o casal frente a ameaça de TPPT, como também desenvolver práticas que minimizem o stress frente à transição para a parentalidade em contexto de prematuridade.

Passando especificamente aos CCD do RNPT, que basicamente é o modelo norteador deste subcapítulo, passo agora a expor diretamente as atividades e evidências de aprendizagens desenvolvidas em UCIN. As atividades começaram na UCIN da MBB, centradas nos objetivos previstos para o Módulo 1. Assim, a organização da exposição segue a sequência desses objetivos, de modo a evidenciar as respetivas aquisições.

Analisar as políticas, normas e práticas de gestão e organização de cuidados promotores de desenvolvimento do RNPT durante o internamento numa UCIN; analisar criticamente as práticas de cuidados observadas numa UCIN, enquanto promotoras de desenvolvimento do RNPT;

Para conseguir estes objetivos, primeiro comecei por analisar criticamente as filosofias em que a enfermagem dessa UCIN se baseia para organizar a sua práxis, sendo orientada por uma enfermeira que me apoiou na busca e seleção dos documentos para leitura e consulta. Estes documentos foram ainda complementados com revisão de literatura uma melhor compreensão.

Neste âmbito, tive vantagem, pois a tutora é uma enfermeira perita com longos anos de experiência, tendo vivenciado várias fases de organização de cuidados ao RNPT em sua experiência profissional. Também foi notório a disponibilidade de todo o pessoal em me atender sempre que eu solicitasse em qualquer circunstância de organização de cuidados e intervenções específicas que revelassem pertinência com relação aos objetivos traçados. Ainda pela clareza dos objetivos traçados, fui também orientada pela equipa para assistir procedimentos quando achavam que seriam úteis para me ajudar a conseguir os objetivos traçados.

O estágio decorreu com base em observação direta durante intervenções e organização de cuidados, leituras de documentos existentes, entrevistas informais com as enfermeiras em especial as responsáveis de turnos e ainda alguma conversa pontual com enfermeiras responsáveis pelos cuidados a alguns RNPT. Estes procedimentos foram consolidados ainda com breve revisão de literatura para facilitar a reflexão crítica.

Como referido anteriormente, a UCIN integra-se na MBB, sendo esta HAPD. As atribuições destas instituições em relação à área infantil segundo (Ferraz, 2017), são:

Dispõem de recursos humanos e técnicos para o tratamento de todas as patologias neonatais, desde o nascimento até ao final do período neonatal (28 dias após o nascimento ou 44 semanas de idade pós-menstrual nos RNP), e para prestar cuidados a RN com 26 ou mais semanas de gestação, à exceção daqueles que necessitem de intervenção de cardiologia pediátrica, de cirurgia pediátrica (ou outra especialidade inexistente ou inadequada para a situação na instituição), de hipotermia terapêutica e de oxigenação extracorporal; Suporte respiratório

invasivo ou não invasivo de curta ou longa duração, alimentação parenteral e todos os cuidados que lhe são inerentes. (p 31)

Neste contexto, na UCIN da MBB, mediante a leitura dos documentos, observação participante e entrevista informal, constata-se que a enfermagem cumpre com a missão em âmbito de HAPD organizando as suas intervenções com bases fundamentadas na **Humanização dos Cuidados**. Mesmo não existindo nenhum protocolo específico direcionando a organização das práticas de CCD, as intervenções de enfermagem estão enquadradas na humanização em UCIN, isto é, os protocolos existentes na unidade estão voltados para organização de cuidados com base na humanização.

As práticas de humanização dos cuidados em UCIN, segundo Rubia e Torati (2016), consistem num conjunto de iniciativas que visam promover cuidados em saúde baseadas em filosofias, capazes de conciliar a tecnologia disponível com a promoção de cuidados voltadas para o desenvolvimento, com base no respeito ético e cultural do utente, promoção de espaço favorável ao bom exercício, visando não só a satisfação do utente, como também dos profissionais.

Mediante o exposto, a iniciativa dos cuidados voltados para a humanização nas UCIN, certamente inclui práticas voltadas para os CCD, pois ambos incluem diferentes estratégias para modificar o ambiente, com o objetivo de minimizar o stresse associado aos cuidados e suas consequências no desenvolvimento do RNPT.

Dessas práticas desenvolvidas na unidade, podemos citar: práticas de posicionamento e conforto; práticas relacionadas com o controlo da luminosidade e do ruído; práticas voltadas para atenuar o stresse e minimizar a dor; práticas relacionadas com a proteção da pele; práticas voltadas para a parentalidade.

Para Hockenberry e Wilson (2014) o RNPT em UCIN, além de estar condicionada à hiperestimulação sensorial do ambiente externo, se encontra sujeita a intervenções frequentes dos cuidadores, implicando consequências negativas diversas no seu desenvolvimento. A literatura evidencia que mesmo os cuidados não dolorosos podem ser associados a respostas adversas no RNPT.

Em se tratando das técnicas de posicionamento e manipulação, estas promovem conforto, minimizam o stresse, criando no RNPT capacidade para organização dos *inputs* sensoriais. Além disso, os movimentos que este realiza e a postura adotada durante o internamento na UCIN, contribuem para o desenvolvimento do seu sistema músculo-

esquelético, pois estes RNs geralmente possuem alterações do tónus muscular diminuição/ausência de reflexos primitivos levando ao comprometimento dos movimentos autónomos (Hockenberry & Wilson, 2014; Santos et al., 2017).

Essas práticas, que frequentemente se associam a intervenções de carácter não dolorosas, só podem ser benéficas para o RNPT se o enfermeiro estiver preparado e sensibilizado a utilizar modelos de apoios que permitam monitorizar os sinais fisiológicos e comportamentais para promover a organização e o bem-estar do RNPT (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na UCIN da MBB, o posicionamento e o conforto regem as práticas de enfermagem e existem protocolos que condicionam essas intervenções. Os RNPT são posicionados com materiais de suporte, tais como, “ninhos” específicos que estão disponíveis na unidade em diversos tamanhos e ainda existem orientações para se realizarem ninhos artesanais, utilizando lençóis e fraldas, matérias facilmente manuseáveis, acessíveis e de baixo custo.

Um outro instrumento utilizado é o polvilho, que é colocado sobre o quadril e ao redor da cabeça e do pescoço, no sentido de ajustar o posicionamento e oferecer sensação de suporte e segurança. É considerado sempre que possível o decúbito que o bebé suportar melhor e sempre avaliadas e protegidas as zonas de maior fricção durante os movimentos autónomos.

Ligado a este procedimento, também se realiza a contenção, sendo esta considerada uma prática importante, principalmente nas crianças que não conseguem manter uma postura fletida e organizada. Esta prática, realizada com os materiais de suporte disponíveis, é observada também quando se realizam procedimentos dolorosos, tais como punção venosa, estando assegurada por um segundo elemento, pois embora o modelo de organização de cuidados seja o método individual a equipa trabalha em colaboração. Cabe realçar que nessas condições o enfermeiro realiza também a contenção manual no sentido de proporcionar o bebé melhor conforto e aconchego, sendo esta também associada às práticas de prevenção e alívio da dor e stresse.

A preocupação com o posicionamento também se encontra implícito nas intervenções realizadas com base em proporcionar posturas corretas, evitando deformidades corporais. Neste sentido, é realizada pela equipa com base em horários definidos de modo a agrupar os procedimentos de rotina na unidade, tais como, alimentação, higiene, aspiração de secreções e por vezes administração de terapêuticas em momentos em que se justifica

associar esta intervenção. Este agrupamento de atividades é realizado no sentido de minimizar o número de manipulações, facilitando assim a organização do RNPT, preceito este em concordância com as práticas de CCD.

Estes procedimento vai ao encontro à ideia de alguns autores, tais como Santos et al. (2017), quando aludem que em UCIN, deve-se considerar a alternância de posição ao longo do dia, para evitar lesões por pressão e deformidades posturais, sendo esta alternância recomendada a cada quatro horas ou de acordo com as necessidades individuais de cada bebê. Quanto ao agrupamento de atividades, este se justifica, pois diminui o número de manipulações do RNPT e prolonga as horas de repouso, preceito este que também facilita a sua organização.

Ainda estes autores supracitados associam ao posicionamento a melhorias na função cardiorrespiratória, fornecimento de estímulos proprioceptivos, controle do estado de sono e vigília, conservação de energia e, por conseguinte, ao relaxamento do bebê, recomendando o seu uso de forma padronizada, associada às outras práticas de cuidados do RNPT em UCIN.

Posicionamento padronizado, segundo Toso et al. (2015), consiste num conjunto de procedimentos realizados por meio de materiais de suporte que facilitam o alinhamento do corpo, facilitando posicionamento da cabeça de forma a evitar lateralização inadequada, flexão correta dos membros superiores e suporte dos membros inferiores.

Perante estas práticas, comparando com a minha realidade de prestação de cuidados em UCIN, constatei que nesta existe carência de material, mas existem práticas acessíveis que com orientação da equipa podem ser facilmente implementadas e seguidas, mantendo os princípios fundamentais que orientam as práticas de posicionamento em UCIN.

Nas reuniões de passagem de turnos centradas em cada RNPT, era bem visível a expressão da enfermeira ao caracterizar a interação entre ela e o RN, especificando as respostas da criança aos estímulos. Muitas vezes presenciei expressões do tipo, “aceita o decúbito X”, “reage com baixa de saturação de oxigénio à mínima estimulação, apresenta períodos de taquicardia após posicionamento”, “fica mais calmo no decúbito X”. A comunicação destas referências facilita o estabelecimento de planos de cuidados, mantendo a estabilidade do RNPT e por conseguinte a continuidade de cuidados padronizados entre a equipa de enfermagem.

Ainda sobre práticas de posicionamento e conforto, podemos evidenciar o método canguru, que tem sido recomendado em larga escala como prática promotora do desenvolvimento neurocomportamental da criança promovendo experiência de vinculação segura e aprendizagens do papel parental (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na UCIN, este método é realizado em RNPT quando estável (mesmo estando em ventilação não invasiva), onde este, com apenas a fralda, é colocado em posição semiereta no peito nu da mãe ou do pai, que o envolve com a sua roupa, oferecendo-o ao mesmo tempo carinho, o que é referenciado também como prática promotora do contacto e apego pais/filho.

Os enfermeiros informam os pais sobre as vantagens dessa prática para o desenvolvimento do filho encorajando-os na realização da mesma. Tive oportunidade de verificar que é uma prática simples de realizar, não implica mais tempo e nem recursos humanos e económicos durante o procedimento e simultaneamente é um modelo de parceria nos cuidados.

Cabe salientar que estes procedimentos vão ao encontro das recomendações da OMS (2015), de que o Método Canguru deve ser uma prática integrante nos cuidados ao RN, independentemente da IG, em qualquer ambiente, mesmo onde existe tecnologia avançada e disponibilidade de cuidados de alto nível. Alude ainda que os países de baixa renda devem apostar fortemente nesta prática por ser um método seguro eficaz, não associado a custos elevados e apresenta grandes vantagens para o crescimento e desenvolvimento do RNPT.

É reconhecido que os pais, ao se aproximar a alta, tornam-se apreensivos e com alguma insegurança relacionada com a prestação de cuidados em casa, temendo não serem capazes de identificar sinais de doenças, o que implica um preparo adequado e antecipado e um acompanhamento adequado, mostrando-lhes que não estão sozinhos e orientando-os sobre recursos de apoio disponíveis (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os pais da UCIN da MBB no preparo para alta além de receberem orientações sobre cuidados com o filho, recebem orientações da equipa sobre grupos de apoio existentes, entre eles o “*Grupo das Mães da UCIN*”, com uma página disponível no Facebook. Este é um grupo interativo que permite partilha de experiência diminuindo assim a ansiedade dos pais, sendo ela gerida pelos enfermeiros da UCIN. Concomitantemente, existe uma associação “*Associação dos Bissaynhos Nascidos Antes do Tempo*” com uma página nas

redes sociais criada com o objetivo de desenvolver atividades que promovam partilhas de experiências com e entre famílias de RNPT, no sentido de dar continuidade ao projeto de humanização dos cuidados, promovendo o bem-estar destes, minimizando o sofrimento e angústia, dando também continuidade na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Associação dos Bissaynhos Nascidos Antes do Tempo, 2019).

As atividades realizadas são organizadas e geridas pelo grupo de enfermagem da UCIN, com muito amor e dedicação, fazendo transparecer um ambiente carinhoso, colorido e muito acolhedor para os pais que aí permaneçam e aos demais que em momentos especiais os vêm visitar à entrada da unidade.

Ainda, todos os prematuros que estiveram internados na UCIN são referenciados para consulta de *Follow-up*, onde usufruam de um seguimento especial e são seguidos e orientados até aos 2 anos de idade por uma equipa multidisciplinar. Estas intervenções estão enquadradas num senso de intervir precocemente na prevenção e controlo de anormalidades que possam comprometer o crescimento e desenvolvimento, tanto a curto como a longo prazo, acompanhando o processo de neuroplasticidade.

A literatura evidencia que grupos de apoio mútuos, por vezes compostos por pais que tiveram seus filhos internados em UCIN, partilhando as mesmas preocupações e ansiedades, redes de apoio familiar e redes de apoio social, e a criação de vínculo com os profissionais de saúde, são possuidores de um valor incomensurável para os pais das crianças internadas na UCIN, auxiliando-os no fortalecimento de suas forças e enfrentamento de crises relacionadas com a vivência da prematuridade (Braga & De Sena, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014; World Health Organization, 2012a).

Ainda no que concerne a preparação para a alta, os enfermeiros orientam os pais sobre o posicionamento adequado da criança, tanto no transporte em cadeira no automóvel como em casa para dormir, prevenindo assim a síndrome de morte súbita do RN, tendo eu presenciada reuniões dos enfermeiros com os pais neste âmbito. Para o ensino, utilizam a própria cadeira de carro dos pais para informa-los como conter o RN de forma segura, permitindo segurança durante o transporte do mesmo, sendo estas condutas consideradas por Hockenberry e Wilson (2014) como imprescindíveis a serem implementadas no plano de cuidados de enfermagem no preparo para alta do RNPT.

Associado ainda às práticas de conforto do RNPT, também estão as práticas de controle de luminosidade e do ruído que tem sido referenciados como mecanismos que protegem o córtex do RNPT da hiperestimulação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na UCIN da MBB é controlada a luminosidade, tanto no ambiente no seu todo, como no ambiente individual de cada RN; é controlado o ruído; as intervenções são planejadas e agrupadas, tanto quanto possível, minimizando os movimentos dos profissionais nas salas, tendo ao mesmo tempo o cuidado de não submeter o RNPT à sobrecarga sensorial.

A luminosidade do ambiente é composta por luzes de teto que permitem regular a intensidade de acordo com as necessidades de cuidados. Similarmente, em cada leito estão disponíveis pontos de luz individual de fácil manuseio, permitindo direcionar o foco ao campo visual durante os procedimentos que exigem maior acuidade visual, evitando assim a luz direta e intensa sobre os olhos do próprio RN e dos demais na unidade. Ainda se associa coberturas opacas para as incubadoras, como forma de isolamento individual da unidade face à luz intensa durante os procedimentos e períodos de repouso.

No entanto, é considerado momentos de interação do RN com o ambiente, indo no sentido do referenciado anteriormente, de que proteger o RNPT da luz não implica mantê-lo numa penumbra constante, pois este necessita de interagir com o ambiente para se desenvolver. Como exemplo, referencio casos após o banho no turno de manhã, onde é comum a enfermeira deixar a incubadora descoberta alegando que estimulação visual e adequada também faz parte dos estímulos que propiciam um crescimento e desenvolvimento saudável do RNPT. Pode-se também aproveitar esse momento para manter o RNPT em alerta, caso de seguida seja submetida à avaliação médica, pois pode ser um meio para garantir melhor sucesso na referida avaliação.

Cabe também realçar o esforço realizado no sentido de controlar o ambiente sonoro na unidade, mantendo-o o menos ruidoso possível. Na unidade existia um equipamento de monitorização do som, mas atualmente se encontra avariado.

Embora o ambiente seja muito pequeno com pouco espaço e com elevado fluxo de circulação de profissionais é recomendado a redução do ruído, sendo que existe na unidade poster com orientações dos níveis de ruído em UCIN e seus efeitos nefastos no neurodesenvolvimento do RNPT, mantendo a equipa sensibilizada e ao mesmo tempo ensinando e sensibilizando os demais que têm acesso à unidade. Nas salas, é limitada a circulação de profissionais aos momentos imprescindíveis para prestação de cuidados,

sendo também mantido o controlo rigoroso dos alarmes dos equipamentos e a preocupação em atender logo que possível o choro dos RN, abrir e fechar as portinholas da incubadora de forma suave, orientando os pais a seguir o mesmo procedimento. Impedir o contacto direto da incubadora com objetos, retirar águas do sistema de ventilação também são práticas consideradas importantes para permitir um ambiente interno calmo e tranquilo que facilite a organização do RNPT.

A passagem de turno em reunião geral da equipa é realizada na sala de reunião, dirigindo-se ao leito do bebé apenas os enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados, minimizando assim ruídos provocados por excesso de conversa junto ao RNPT. Também não é permitido o som do telemóvel na área de prestação de cuidados e os pais são encorajados também a respeitarem estas normas e orientados sobre técnicas de aproximação ao filho sem interromper os momentos de organização do mesmo.

Hockenberry e Wilson, (2014) aludem que os enfermeiros devem planear as intervenções tendo em conta os estados sono-vigília, de forma a providenciar ao RNPT longos períodos de sono calmo e prover meios para o retorno ao sono quando este é interrompido. A privação do sono pode afetar a secreção da hormona do crescimento e interferir com o seu crescimento e desenvolvimento.

Os RNs estáveis são transferidos logo que possível para a sala de berçários, onde a exposição sonora é menos intensa pelo menor fluxo de intervenções dos profissionais de saúde e onde os pais permanecem por mais tempo, acarinhando os seus filhos e oferecendo-lhes colo e ganhando maior autonomia na prestação de cuidados, embora sob vigilância estreita dos enfermeiros.

Também é observado a preocupação dos enfermeiros em tentar articular com a equipa multidisciplinar os momentos de interação com o RNPT, reduzindo assim o número de vezes que este é manipulado. No entanto, em cada manipulação têm o cuidado de não submeter o RNPT a sobrecarga de estímulos.

Um outro aspeto que deve ser levado em consideração aquando do desenvolvimento do RNPT é a vulnerabilidade associada a imaturidade de sua pele. Para isso, o enfermeiro deve conhecer as características e especificidades da pele do RNPT e as condições ambientais que predispõem à lesão da mesma (Martins & Tapia, 2009).

A pele é o maior órgão do corpo humano, assumindo diferentes funções importantes, tais como, termorregulação, metabolismo, sensação tátil, excreção, equilíbrio eletrolítico,

impedimento da absorção de substâncias tóxicas e prevenção de infecções. No entanto, no RNPT, estas funções estão comprometidas devido à imaturidade do estrato córneo e, conseqüentemente, predispondo-o a maior perda de água, desequilíbrio-eletrolítico, instabilidade térmica e maior exposição aos irritantes e aos agentes infecciosos do ambiente da UCIN, e ainda a maior risco de úlcera por pressão, pela limitação de mobilidade, e por vezes nutrição inadequada (Santos & Costa, 2015).

Ainda, a necessidade constante de procedimentos e o uso frequente de dispositivos associados aos cuidados predispõe o RNPT ao risco acrescido de lesões da pele, aumentando o risco de infecções, podendo resultar em danos irreversíveis. Portanto, é necessário avaliação constante e intervenções com vista à prevenção das mesmas (Feitosa, Fontinele, Santiago, Oliveira, & Costa, 2018).

Estes autores supracitados alertam para que quanto menor a idade gestacional maior é a imaturidade e a fragilidade da pele e, por conseguinte, maior é o risco de lesão. Logo, na sua avaliação, implica que, além de um exame físico realizado sistematicamente, se tenha em atenção a classificação do risco para lesão, no sentido de implementar medidas preventivas.

A prevenção de lesões da pele do RNPT implica uma série de considerações, contudo simples de realizar, nas quais a enfermagem possui papel fundamental, assumindo maior parte das intervenções. Neste sentido, destaca-se a importância do enfermeiro líder da equipe, na sensibilização constante de seus membros, estimulando a reflexão crítica acerca dos potenciais riscos e de em comum se implementarem intervenções que promovam a proteção, prevenção e tratamento adequado à preservação da pele do RNPT (Feitosa et al., 2018; Santos & Costa, 2015).

Dessas intervenções, destacam-se manutenção da temperatura, ajuste da temperatura e da humidade da incubadoras de acordo com a idade gestacional, banho, aplicação tópica de óleos emolientes, uso de soluções cutâneas para antissepsia e curativos, avaliação e cuidados com os locais de punção, fixação dos cateteres com curativo transparente, cuidados com a fixação dos dispositivos e acessórios médicos, mudança de decúbito, colocação de placas de hidrocoloide em zonas de pressão, entre outras (Aredes, Santos, & Fonseca, 2017; Feitosa et al., 2018; Martins & Tapia, 2009; Santos & Costa, 2015).

Para padronizar a assistência, a literatura recomenda, não só o uso de protocolos de enfermagem voltados para assistência à pele do RNPT, como também escalas

padronizadas para a sua avaliação permitindo assim a sistematização das práticas com foco na prevenção, guiando a equipe de enfermagem nas suas intervenções (Aredes et al., 2017; Martins & Curado, 2017)

Da observação realizada, na UCIN da MBB as medidas preventivas recomendadas na literatura são aplicadas na sua plenitude, isto é, existe escala padronizada para a avaliação do risco de lesão da pele e protocolos de intervenção auxiliando a equipa na prevenção, mantendo assim a integridade da pele do RNPT, prevenindo não só o risco de dor como também o risco de infeção relacionada aos cuidados de saúde.

Importa referir as medidas realizadas pela enfermagem sendo elas: a mudança de decúbito associado às práticas de posicionamento e conforto, já referido anteriormente; inspeção regular da pele, cuidados com a colocação dos dispositivos médicos, entre eles, elétrodos e sensores de oxímetros, alternado os mesmos; cuidados à zona de inserção de cateteres, mantendo proteção com pensos transparentes; controlo rigoroso da temperatura e humidade das incubadoras, estando disponíveis em cada sala de cuidados intensivos protocolos de humidade de acordo com IG do RN; sabão neutro e cuidados associados ao banho; colocação de placas de hidrocoloide nas zonas de contacto com os dispositivos como por exemplo proteção da estrutura nasal com placas de hidrocolóides na ventilação não invasiva; colocação de spray/gel específico para remoção de adesivos.

Para prevenir lesões por extravasamento de fluídos administrados (risco elevado nesta população), existe um cuidado acrescido, sendo aplicadas talas feitas com material apropriado para imobilizar a área do acesso com adesivo transparente. Com este procedimento, é verificado ausência de lesões relacionadas com o cateterismo venoso periférico, mesmo na administração de alimentação parentérica total. Durante o estágio, não presenciei nenhum caso de lesão da pele do RNPT associada aos cuidados de enfermagem.

No que se refere à prática de controle da humidade no interior da incubadora, esta foi introduzida nas UCIN com o objetivo de otimizar a termorregulação, favorecendo a redução da perda de água transepidermica, mantendo a integridade da pele e o equilíbrio hidroeletrólítico no RNPT. No entanto, humidade elevada está associada a alguns riscos, tais como, elevação da temperatura, instabilidades no equilíbrio de fluidos, sepsis e um maior retardo na maturação da barreira da pele (Naka, Freire, & Silva, 2016).

Nesta perspetiva, este autor supracitado nos adverte que a maturação da integridade da pele está diretamente relacionada com o tipo de humidade que o RNPT recebe após o nascimento, principalmente nas primeiras semanas de vida, isto é, enquanto que a exposição a humidade relativa elevada retarda a maturação da pele, esta é acelerada quando o percentual de humidade relativa do ar é mais baixa.

Assim, a prática de humidificação ambiente dentro das incubadoras está implementada na UCIN da MBB através de normas que seguem as novas evidências, ou seja, a humidade é regulada de acordo com a IG do RNPT, sendo seguida por toda a equipa. Estas intervenções são consistentes com o recomendado por Jordão et al. (2016), de que o RNPT deve ser cuidado na primeira semana de vida a uma humidade relativa do ar de 85%, reduzindo esta gradualmente até 60%, a partir da terceira semana de vida e mantida até atingir o peso de 1500g.

No que se refere a utilização de escalas de avaliação do risco de lesão da pele, Martins e Tapia (2009) aludem que estas estabelecem uma direção adequada para os cuidados com a pele, permitindo assim um seguimento adequado da sua evolução durante o internamento, e por conseguinte estabelecer diagnósticos precocemente, conducentes com a manutenção da sua integridade.

Mediante o exposto, cabe realçar que a equipa de enfermagem da UCIN da MBB utiliza a *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS), para avaliar o risco de lesão da pele dos RN. Esta escala é constituída por seis itens: condição física geral (idade gestacional), estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e humidade, cada um deles com um formato de medida ordinal com 4 pontos (1 a 4), sendo os “scores” total variando entre 6 e 24 pontos, onde o “score” mais baixo representa baixo risco, e o “score” mais elevado representa alto risco de lesão (Martins & Curado, 2017).

Na UCIN, as enfermeiras fazem a avaliação física da pele, o score encontrado é registado, e ainda é alertada a equipa nas passagens de turno, dando seguimento a continuidade da qualidade dos cuidados prestados. A título de exemplo, especifico um caso presenciado de um RNPT que necessitava de permanecer por períodos em decúbito ventral, no entanto, tinha risco de lesão por cisalhamento do joelho no leito, sendo o qual protegido com placas de hidrocoloide, não privando o RN do conforto demonstrado ao posicioná-lo no decúbito referido.

Ainda cabe sublinhar os cuidados específicos com as crianças ventiladas, para as quais, são recortadas placas de hidocoloide para proteção das narinas, de acordo com o tamanho do RN e ainda os cuidados com os *prongs* associados ao equipamento de ventilação não invasiva (óculos e máscara nasal) ,que são alternados de 4 em 4 horas ou de acordo com as necessidades individuais de cada bebê, prevenindo lesões associadas a estes dispositivos. Existe um grupo específico para a dinâmica dos cuidados relacionados com a ventilação do RNPT, procurando manter os cuidados associados com evidências atualizadas.

Mediante o exposto, cabe evidenciar que as enfermeiras da UCIN, ao realizarem todos estes procedimentos, além de desenvolverem CCD do RNPT, estão simultaneamente a organizar e manter um ambiente propício aos mesmos.

Gerir e organizar o ambiente para conseguir resultados na organização dos cuidados, implica que o Enfermeiro Especialista, no seu exercício profissional respeite as diretrizes estipulados pela OE (2017) nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, entre elas:

A existência de um quadro referência orientador para o estabelecimento de cuidados centrados na família enquanto recurso para a criança/jovem; A existência de Guias Orientadores de Boas Práticas; A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem; A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem da criança/jovem, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pela criança/jovem; A dotação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica face à necessidade de cuidados de enfermagem; A existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; (p 10).

Isto nos remete também ao referido anteriormente, no subcapítulo de gestão e organização dos cuidados em UCIN do enquadramento, de que ao enfermeiro a quem é atribuído o papel de gestão, cabe a gestão dos recursos humanos, gestão de materiais e equipamentos e, em comum com a equipa, encontrar estratégias de organização que mais se adequem ao contexto. Gerir cuidados é centraliza-los no cliente, no sentido de criar condições e organizar o trabalho em função do processo de cuidar, satisfazendo assim as suas necessidades em diferentes âmbitos de atuação (Silva, 2017).

Satisfazer as necessidades de cuidados implica que o enfermeiro também formula de forma antecipada e autónoma diagnósticos de enfermagem com base em focos identificados e assim defina as suas intervenções de forma organizada.

Diagnóstico de enfermagem, segundo a ICN (2016) é “o rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem, [sendo ele constituído] pelos conceitos contidos nos eixos de Classificação de Fenómeno”(p 17), já uma intervenção de enfermagem é “ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem”(p 17).

Uma intervenção de Enfermagem é composta pelos conceitos contidos nos eixos de Classificação de Ação “foco, juízo, recurso, ação, tempo, localização e cliente” (p19). Para o eixo foco é considerada “área de atenção relevante para a enfermagem” (p 19).

Neste sentido, cabe evidenciar os principais diagnósticos de enfermagem verificados na UCIN da MBB, que são vistos como as bases para diretrizes para satisfazer as necessidades fundamentais dos RNP, estando estes organizados no quadro a seguir:

Quadro 1:

Principais diagnósticos de enfermagem verificados na UCIN

| <i>Foco</i> | <i>Diagnóstico de Enfermagem</i> |
|----------------------|---|
| Sistema Respiratório | Dispneia/Apneia, risco de aspiração de secreções, risco de Hipóxia/Hiperóxia |
| Sistema Circulatório | Risco de débito cardíaco comprometido |
| Temperatura corporal | Termorregulação ineficaz, |
| Sistema Imunitário. | Risco de infeção |
| Sistema Tegumentar | Risco de integridade da pele prejudicada, risco de lesão das mucosas (associados aos prongs nasal e zonas de pressão, aspiração de secreções) |
| Eliminação | Risco de obstipação, |
| Controlo hídrico | Risco de desequilíbrio hídrico, Edemas, Risco de edema |
| Nutrição | Ingestão prejudicada, Sucção ao seio materno prejudicado. |
| Papel parental | Risco de papel parental, comprometido Risco de vinculação comprometida |

É de salientar que as intervenções de enfermagem, prescritas como resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados, quando implementadas de forma organizada são condição fundamental para satisfazer as necessidades dos RNs e assim conseguir a qualidade e continuidade na assistência.

A descrição dessas intervenções realizadas para satisfazer as necessidades fundamentais do RNPT seria exaustivo, cabendo destacar as intervenções de enfermagem organizados para administrar de forma segura a nutrição parentérica total que me despertou curiosidade por ser uma prática não realizada no meu contexto de trabalho.

A via ideal para a nutrição é a enteral, no entanto, em RNPT, devido a sua imaturidade, nem sempre é possível iniciar a alimentação precoce por esta via, levando a que a sua nutrição seja um grande desafio especialmente para os grandes prematuros e com muito baixo peso ao nascer implicando o início da nutrição parenteral (Damasceno et al., 2014).

Segundo Mendes (2013), a nutrição parentérica consiste na “administração de uma nutrição intravenosa, que pode incluir proteínas, glicose, lípidos, eletrólitos, vitaminas e outros oligoelementos para pacientes que não podem comer ou absorver alimentos suficientes através do tubo digestivo com vista a manter um bom estado nutricional” (p7).

A implementação da nutrição parentérica é a maior fonte de nutrição dos prematuros e, quando iniciado nos primeiros dias de vida, contribui para a recuperação mais rápida do peso perdido. O seu objetivo é aproximar-se da oferta nutricional que o RNPT recebia in útero (Damasceno et al., 2014).

Além dos cuidados com a administração da nutrição, implementar estratégias para monitorização da sua utilização é fundamental para a eficácia do tratamento e prevenção de complicações (Souza, Teske, & Sarni, 2008).

Durante o estágio, foi possível verificar a organização dos cuidados implementados pela enfermagem no sentido de garantir a eficácia do tratamento. Dentre estes, podemos salientar: utilização de materiais estéreis na sua manutenção por parte da equipa, para reduzir ao mínimo o risco de infeção durante a manipulação; infusão em bomba de forma contínua, tendo o cuidado de trocar a bolsa e os circuitos em cada 24 horas; utilização de equipamento fotossensível para proteção da luz; administração em acesso exclusivo, tendo o cuidado de não associar nenhum medicamento à via; evitar a desconexão ou interrupções da infusão, reduzindo assim o risco de contaminação; realização do balanço hídrico durante o tratamento, registo do volume infundido em cada turno e densidade

urinária; avaliação rigorosa da pele da área circundante do cateterismo; fixação do cateter com adesivo transparente; identificação da bolsa de infusão com horário de início de administração; observação de sinais de complicação.

Foi observado que, durante a administração, os cuidados de enfermagem são fundamentais para a eficácia do tratamento com alimentação parentérica. Na UCIN, a administração da alimentação parentérica tanto pode ser através de via central como periférica. Para reduzir o risco de infecção associada ao cateterismo, foi instituído como padrão o uso de material estéril em todos os procedimentos que incluem manutenção de acessos venosos, seja ela central ou periférico, eliminando assim o risco de manipulação dos cateteres centrais por procedimentos não estéril. Segundo as enfermeiras da equipa, foi visível a redução de infecções associadas aos cuidados de saúde relacionados com os acessos venosos após instituição desta política na unidade.

Compreender o papel da liderança de enfermagem

Para obter qualidade nos cuidados, é imprescindível que o enfermeiro gestor em seu cotidiano de trabalho adote, não só, práticas administrativas, como também práticas de ensino e pesquisa, sendo estas diretamente ligadas às práticas de gestão do cuidado. Assim sendo, é necessário o desenvolvimento de competências, tais como, de comunicação, de liderança, de administração, de gerência e de educação permanente (Treviso, Peres, Silva, & Santos, 2017), no sentido de ser capaz de influenciar a sua equipa para alcançar objetivos em comum por meio de empenho coletivo.

Em se tratando da liderança, esta advém de uma boa capacidade de interação e comunicação do líder com a sua equipa. Fazendo-se presente em todas as atividades de enfermagem durante a organização do seu trabalho, na relação com a equipa, utentes e familiares, na tomada de decisão, no posicionamento dentro da instituição. A liderança ocupa lugar de destaque no perfil profissional do gestor (Sobrinho, Bernardo, Alexandre, Leite-Salgueiro, & Oliveira, 2018; Treviso et al., 2017).

Para Casimiro (2015), a liderança faz parte das funções da gestão de recursos humanos sendo implícita nela a motivação das pessoas, o que implica que o enfermeiro gestor conheça a sua equipa, descobrindo os pontos fortes e os pontos fracos de cada elemento, aproveitando o melhor para juntos conseguirem os objetivos organizacionais.

Em enfermagem, quando exercida de forma eficaz, aumenta a relação de confiança entre o líder e os liderados, inspira a equipa ao compromisso e à mudança, aceitando inovações transformadoras, melhorando assim a qualidade da assistência (Balsanelli & Cunha, 2016).

Na experiência da UCIN da MBB, pude verificar que o líder possui um carisma capaz sensibilizar toda a equipa, proporcionando sintonia entre seus membros e maior reflexão acerca de seus potenciais, formulando grupos de trabalhos para desenvolver e manter práticas de enfermagem baseadas em evidência científica. Os elementos se enquadram nos grupos de forma democraticamente onde melhor se identificam, para em comum conseguirem os objetivos preconizados.

Para juntos atingirem os objetivos da organização, também é imprescindível que a equipa conheça o método de trabalho que melhor se adequa ao seu contexto. Em se tratando do método de trabalho em enfermagem, segundo Frederico e Leitão (1999), para que os profissionais de enfermagem planeiam eficazmente as suas intervenções, é necessário que previamente seja identificada qual o método de organização dos cuidados mais ajustado à prestação de cuidados [integrals] e personalizados, sendo esta da responsabilidade exclusiva da equipa de enfermagem.

Na UCIN da MBB, assim como nas outras estruturas referenciadas anteriormente, a metodologia de organização de prestação de cuidados em vigor é o método individual. Este método, que se baseia no conceito de cuidado integral, implica atribuir ao enfermeiro a responsabilidade de um único utente ou mais, consoante as exigências dos cuidados, sendo este enfermeiro responsável pelos cuidados na sua globalidade durante o turno (Silva, 2017).

Das vantagens deste método, podemos salientar, segundo estes autores, maior satisfação profissional e aumento da responsabilidade, refletindo-se em planos de cuidados mais específicos e abrangentes, maior satisfação do cliente devido ao sentimento de confiança, por saber quem é o enfermeiro responsável pelos cuidados, ficando este mais orientado na comunicação com a equipa. Porém, não se descuram desvantagens, tais como, maior dotação de pessoal, mais conhecimento por parte dos enfermeiros e ainda a possibilidade de assimetria nos cuidados prestados de um turno para outro, pois todos os enfermeiros integrados na prestação de cuidados deverão ser capazes de observar e avaliar o RN na sua

integralidade, no sentido de fazer diagnósticos precocemente e atuar em conformidade, prevenindo agravamento do estado clínico do RN (Silva, 2017).

Em relação à assimetria na prestação de cuidados nos diferentes turnos, consideramos que esta pode ser em parte colmatada quando a distribuição dos enfermeiros é equitativa relativamente ao tipo de formação do enfermeiro, à experiência profissional na área em vigor, sendo que o tempo de serviço também se deve assumir como característica relevante. Uma boa comunicação e organização dos elementos durante o turno, também possui carácter importante para que a qualidade nos cuidados seja evidenciada. Essa comunicação só é evidente quando líder e liderados, em comum, trabalham para o mesmo fim dentro da organização, sendo visível na UCIN da MBB uma característica importante do líder, isto é, carisma e capacidade para motivar.

Isto vai ao encontro do referido por Hannah et al.(2017), de que a comunicação é um instrumento indispensável para a liderança, pois faz com que o líder e os liderados se relacionam com base em confiança mútua, tornando as suas relações mais flexíveis e distantes do senso de que a organização funciona com base em controlo e citação de regras.

Neste sentido, a formação permanente faz com que a equipa desenvolva competências que direciona os seus membros para a autonomia, sentindo-se ao mesmo tempo independentes no seu exercício profissional.

De acordo com a OE (2018a), nas UCIN e nas Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, devem existir dois enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica por cada três enfermeiros de cuidados gerais, sendo as equipas em cada turno constituídas por 75% dos enfermeiros com pelo menos dois anos de experiência em pediatria.

No entanto, embora a Enfermeira Especialista assuma papel relevante, por possuir responsabilidades acrescidas, não se descarta a experiência acumulada em anos de prestação de cuidados em UCIN, pois na minha experiência profissional foi o que vivenciei por não existir Especialidades em Pediatria.

Na UCIN da MBB, frequentemente a quantidade RN/pais, atribuídos a um enfermeiro levava a sobrecarga de trabalho o que pode desencadear períodos de stresse, pois é evidenciado que a enfermaria possui capacidade para oito leitos nos intensivistas, mas, no entanto, funciona quase sempre com onze unidades, exigindo cuidados de carácter intensivo.

Porém, o stress é atenuado pois, vigora uma metodologia de trabalho com base em apoio mútuo e interajuda com foco no RN/família, vigorando esta atitude mesmo entre os elementos colocados em salas diferentes, colaborando para que os cuidados sejam efetuados com maior brevidade possível, sendo esta conduta imprescindível para a continuidade e qualidade da assistência em neonatologia.

Um caso que me despertou atenção especial foi quando uma colega entrou de atestado, foi disponibilizado uma lista onde os demais colegas se inscreviam para preencher os turnos consoante as suas disponibilidades. Ao se inscreverem, ao mesmo tempo havia colegas que se posicionavam para em conjunto encontrarem a melhor solução para o caso em questão, ficando a situação resolvida a meu ver, sem constrangimentos para o serviço.

Observar a aplicação do método de trabalho individual e da forma de comunicação intra-equipa na prática dos cuidados ao RNPT e saber os requisitos implicados na sua organização, foi muito importante para mim, pois tive oportunidade de presenciar as suas vantagens no sentido de gerir e organizar cuidados que melhor se adequam as necessidades do contexto de cuidar em enfermagem. É um método de organização de cuidados que além de privilegiar o cuidado integral, privilegia uma intervenção de enfermagem centrada na pessoa e não na quantidade de tarefa a ser executada, sendo estes requisitos imprescindíveis para obter ganhos em saúde em neonatologia, não só a curto prazo como também a longo prazo. Verifiquei também que este método promove a continuidade e a humanização dos cuidados.

Através dos pais, foi também visível a importância deste método na satisfação das necessidades de cuidados, pois sentem-se mais orientados, mais confortáveis e mais seguros no que tange à comunicação com a equipa, tanto nos momentos de prestação de cuidados em parceria, como nos momentos de esclarecimento de suas dúvidas relacionadas com a evolução e desenvolvimento do filho, isto é, é estabelecida uma relação de confiança entre estes e a equipa de enfermagem.

Isto vai ao encontro do evidenciado por Balsanelli e Cunha (2015), de que existe uma forte ligação entre comportamentos de liderança positivos e o aumento da satisfação dos utentes.

Um preceito relevante também observado na metodologia de organização dos cuidados de enfermagem na unidade é a existência de uma enfermeira responsável em cada turno. Esta função é atribuída aos Enfermeiros Especialistas ou ao elemento da equipa com mais

anos de experiência, cabendo a esta, dentre outras responsabilidades, a distribuição dos enfermeiros nos turnos, coordenação da equipa de enfermagem, efetuar pedidos pontuais de reposição de material e produtos farmacêuticos, registar ocorrências, testar operacionalidade de alguns equipamentos quando necessário, distribuição dos doentes de acordo com as suas necessidades em cada sala de prestação de cuidados.

Neste âmbito, é comum a enfermeira responsável assumir funções na sala de cuidados intermédios em que a atuação possa ser menos complexa, de forma a ficar mais livre para gerir e resolver situações pontuais que possam surgir durante o turno. Em alguns momentos, também assume funções de cuidados aos RN de alto risco, quando as colegas necessitam de ajuda na prestação de cuidados mais diferenciados, uma vez que são considerados elementos aptos a prestar cuidados de excelência.

Estes elementos colaboram também com a enfermeira chefe da unidade na tomada de decisão, sendo a passagem de turno momento visto como imprescindível para assimilar conhecimento do serviço e dos cuidados no seu todo, no sentido de tomar decisões atempadamente e antever complicações de forma refletida e partilhada. Também se encontra pré-definida entre eles os que substituem a enfermeira chefe na sua ausência.

Neste âmbito, acompanhando a enfermeira tutora que assume funções de responsável de equipa, verifiquei que na gestão dos cuidados é imprescindível que haja este elemento que faça elo de ligação com a chefia da unidade, para em conjunto com os demais elementos da equipa responderem às intercorrências que vão surgindo, garantindo assim continuidade na organização dos cuidados, visando ao mesmo tempo garantia na qualidade dos mesmos.

É comum também a enfermeira chefe delegar algumas funções nos elementos da equipa, segundo o que consta nas leis que regulam as práticas do exercício profissional de enfermagem. A título de exemplo, específico, um elemento da equipa UCIN da MBB que integra os elementos das Unidades Coordenadoras Funcionais (UC) da vertente da saúde materna e neonatal. Estes UCF são organismos funcionais que contribuem para assegurar a articulação entre os cuidados primários e hospitalares, assegurando a continuidade dos cuidados de saúde, tendo estas contribuído para uma grande melhoria nos indicadores de saúde materna e neonatal, fazendo com que hoje Portugal seja apontado como país de referência nesses indicadores

Dentre as várias atribuições desta equipa, dou como exemplo a monitorização dos dados referentes aos nascimentos novos, nomeadamente, identificar e notificar situações de risco, promover o acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde; promover a cooperação regular entre profissionais; articulação e complementaridade entre os vários serviços do Serviço Nacional de Saúde; entre outras.

Pude constatar que quando o líder valoriza a opinião dos elementos da equipa, faz com que estes se sintam mais motivados, por verem suas opiniões valorizadas, ficando mais aptos e dispostos para a reflexão crítica no exercício das suas funções.

Quanto aos registos de enfermagem, foi notório que a falta de enfermeiros é um obstáculo à realização dos mesmos em formato eletrónico (padrão de registo recomendado internacionalmente para as práticas de enfermagem), mantendo-se ainda em vigor os registos em papel, pois, segundo relato dos enfermeiros, executá-los, na prática, consumia muito tempo, o que implicaria em dificuldades na organização de práticas imprescindíveis aos RNPT, pois a atuação de enfermagem em UCIN possui carácter urgente na quase totalidade de suas práticas.

Estes argumentos são consensuais com Bailas (2016), quando afirma que frequentemente deparamos com opiniões de que os sistemas de informação informatizados possui um grande impacto na carga global de trabalho dos enfermeiros.

No entanto, segundo Casimiro (2015), atualmente é reconhecida a importância dos registos, tanto como meio de comunicação em enfermagem como também a sua relevância para a continuidade dos cuidados. Quando padronizado, os sistemas de informação eletrónicos como processos de registos, a segurança e efetividade para a continuidade dos cuidados se eleva não só dentro da mesma instituição como também entre as diferentes instituições, o que nos leva a crer que assumem um papel relevante na comunicação nos sistemas de saúde.

Bailas (2016) também refere que estes sistemas de registos assumem relevância no processo de gestão dos serviços de saúde, pois além de promoverem qualidade nos cuidados, promovem melhoria na gestão dos mesmos. Não é de duvidar que o seu uso implica tempo dispendioso, mas perante os ganhos na qualidade dos cuidados, poderemos questionar se o tempo despendido na sua realização realmente é desproporcional.

Na opinião da Ordem dos Enfermeiros, como referida por Tareco e Fernandes (2016), uma das finalidades dos sistemas de registo informatizado é permitir a partilha de dados

entre diferentes grupos profissionais, garantindo não só a qualidade como a continuidade dos cuidados. Ainda, revela que, pela avaliação dos cuidados de forma sistemática, podem servir como indicadores de qualidade, uma vez que a qualidade dos cuidados pode ser auditada através dos registos efetuados no processo do utente.

Contudo, também estes mesmo autores supracitados concluíram, com base numa revisão de literatura, que uma das principais lacunas observados na prática dos enfermeiros que dificulta a implementação dos registos informáticos é a falta de enfermeiros em quantidade suficiente e preparados para o envolvimento pleno com os sistemas de registos informáticos.

Considerando o rácio utente/enfermeiro, atualmente, a Ordem dos Enfermeiros recomenda para a neonatologia um utente para cada enfermeiro nos intensivos e dois a três nos intermédios, para que haja segurança na prestação de cuidados a essa população (OE 2018a).

No entanto, no que tange aos meus objetivos, com a modalidade de registos em formato papel, consegui reunir competências de organização dos registos de enfermagem em UCIN de uma forma mais organizada, o que será uma mais valia para o meu contexto de cuidados, pois a folha padronizada em uso na unidade faculta não só uma visualização rápida e eficiente da evolução do RNPT na totalidade de seus parâmetros, como também rapidez na observação das intervenções realizadas e resposta do RNPT face aos mesmos, permitindo uma visão abrangente do seu quadro em curtos períodos.

Cabe-me evidenciar que a sistematização de registos eletrónicos não parece ser uma realidade no meu contexto de trabalho a curto prazo.

Ainda também a falta de pessoal é evidenciada como um atual obstáculo para manter ativa a formação em serviço, no entanto, existe uma política assente num pressuposto de que para um desenvolvimento de competências coerente e que atinja os resultados esperados, é preciso que o ambiente de trabalho em enfermagem incentive a aprendizagem e que os profissionais tenham interesse e sejam estimulados a aprender e ensinar.

Nisso, deve ser sublinhado que os enfermeiros estão sensibilizados para a importância da formação permanente como meio imprescindível para o desenvolvimento da profissão, contribuindo de forma ativa na organização dos cuidados, através de formação de grupos distintos responsáveis para áreas de cuidados específicos tais como: grupo responsável

pela humanização dos cuidados; área de ventilação; risco de infeção, cuidados centrados no alívio da dor; cuidados com a pele; entre outros. Todos os enfermeiros se encontram integrados nos diversos grupos e existem protocolos realizados e implementados por eles. Ainda cumprem com a missão de contribuir para a formação de enfermeiros de uma forma muito ativa.

Pela conversa com a enfermeira chefe, existe uma grande vontade de realização de sessões de formação, no entanto, existe o fator tempo que neste momento está dificultando a dinâmica de formação em serviço. Isto deve-se ao facto de se verificar uma necessidade de aumento de pessoal de enfermagem para corresponder ao rácio preconizado em UCIN, pois no serviço muitas vezes o rácio é inferior ao preconizado atualmente.

No entanto, existem enfermeiros que zelam pela qualidade de suas práticas e participam de forma autónoma em formações e congressos, mesmo que seja fora de Coimbra. Estes enfermeiros além de procurarem o próprio progresso profissional, também tentam partilhar com os colegas de trabalho as novidades aprendidas de forma ativa, contribuindo assim para implementação de práticas com base em evidências atualizadas. Neste contexto, tive oportunidade de presenciar práticas inovadoras de um grupo que foi a um congresso e voltaram com sugestões de melhorias nos cuidados com a pele do RNPT relacionado com a prevenção de lesões associado aos dispositivos de ventilação não invasiva.

No que concerne a gestão dos recursos humanos, deve relevar-se que ao enfermeiro gestor além de gerir a equipa de enfermagem também orienta o restante pessoal auxiliar da unidade que lhe cabe gerir. Na UCIN além dos assistentes operacionais, existe uma equipa de auxiliares que apoiam na arrumação da enfermaria e na desinfeção dos equipamentos. Estas auxiliares são apenas orientadas e desempenham as suas funções com responsabilidade e autonomia, evidenciando neste caso, o papel de toda a equipa de enfermagem como estimuladora do trabalho em diferentes níveis de responsabilidade.

Seguindo esta lógica de liderança e gestão, específico as atividades de aprendizagens realizadas na UCERN da MDM com a enfermeira chefe, uma Enfermeira Especialista, com longos anos de experiência na área de gestão. Cabe à enfermeira Chefe da UCERN além de gerir a unidade no seu todo, ainda a responsabilidade acrescida de gestão de todos os Assistentes Operacionais da MDM.

No âmbito da sua função, tive oportunidade de observar na prática como a enfermeira mantém organizado o ambiente da UCERN no seu todo e como gere os materiais e os equipamentos para que haja qualidade no desenvolvimento do exercício profissional, a saber:

- Participação ativa no controle de stock de medicamentos, equipamentos e consumíveis;
- Implementação de medidas que incentivam a autorresponsabilização dos elementos no desenvolvimento das suas atividades;
- Participação ativa nas políticas de escolhas de materiais e equipamentos imprescindíveis para a melhoria da qualidade mediante atualização com evidências recentes;
- Participação ativa no controlo da qualidade dos cuidados prestados, através revisão dos processos dos utentes e participação nas reuniões de passagem de turnos com os enfermeiros e a equipa multidisciplinar;
- Implementação de sistema de formação em serviço, que facilita atualização dos cuidados segundo as novas evidências em enfermagem e a integração de novos elementos na equipa;

Relativamente à manutenção da operacionalidade dos equipamentos, a desinfeção é feita pelos assistentes operacionais e o bom funcionamento testado pela equipa de enfermagem. No sentido de atribuir responsabilidade à equipa, existe uma folha de registo padronizada com assinatura dos responsáveis implicados na desinfeção e verificação da operacionalidade dos equipamentos (auxiliares e enfermeiros de turnos).

Caso a incubadora estiver não operacional, é preenchido de imediato um pedido de verificação e enviado ao serviço de manutenção, sendo colocado de imediato a data e hora do pedido na incubadora e uma informação bem visível da não operacionalidade da mesma.

Segundo a enfermeira chefe, após padronização dos registos da operacionalidade dos equipamentos, passou-se a verificar ausência de falhas nos procedimentos, principalmente na desinfeção dos mesmos, melhorando assim a qualidade nos cuidados.

Neste caso também se evidencia o referenciado por Hannah et al. (2017), o enfermeiro a quem cabe a responsabilidade de líder, deve procurar estratégias tanto para coordenar o

trabalho em si, como também para resolver problemas quando estes surgem em contexto de trabalho em equipa.

Quanto à organização dos materiais e equipamentos para a ventilação, existe um sistema de stock diferenciado por cores correspondente a cada tipo de ventilador e ao respetivo circuito e acessórios, no sentido de facilitar o acesso ao material de forma rápida e segura. Existe também catálogos disponíveis em cada equipamento plastificado, com material de fácil limpeza, contendo orientações sobre utilização dos mesmos.

Uma vez fazendo parte da equipa de seleção de equipamentos, a enfermeira conhece os equipamentos, os materiais e os consumíveis a serem adquiridos, bem como a qualidade e o preço dos mesmos, permitindo fazer uma estimativa anual com base na melhor qualidade, procurando ligar os melhores cuidados ao paciente com o menor custo associado aos mesmos. É assim também possível controlar os equipamentos para evitar dispersão das marcas, rentabilizando os custos associados aos acessórios dos mesmos, como por exemplo, a compatibilidade dos circuitos utilizados nos aparelhos de ventilação não invasiva.

O controlo dos pedidos é gerido por uma base de dados criada em Excel, que facilita a organização dos pedidos na farmácia e, ao mesmo tempo, permite controlar quantidade e os custos do serviço a médio e longo prazo, ou seja, permite uma previsão anual do consumo do serviço.

O tipo de gestão de stock em vigor é o *Stock por Nível*, sendo este repostado diretamente pelo pessoal de farmácia de acordo com as necessidades do serviço. Também contam com o apoio das assistentes operacionais experientes, que colaboram com a enfermagem na distribuição e organização dos materiais consoante necessidades do serviço.

Neste serviço, ainda quanto à formação, existe, um programa de integração de novos elementos na equipa com formação organizada por temas, onde o formador planeia e faz a gestão do seu tempo de acordo com a disponibilidade do serviço. Também existe um programa de integração dos assistentes operacionais.

Neste âmbito, tive oportunidade de participar numa ação de formação sobre CCD baseada no *NeoNurturing* como referencial de cuidados. Este programa consiste em sistematizar cuidados de enfermagem centrados no neurodesenvolvimento do RNPT. Para a fundamentar a sua implementação, implicou revisão de literatura, análise de documentos, avaliação do ruído e da luminosidade na UCERN, reflexão crítica e por último um

processo de formação em serviço para capacitar os profissionais sobre o tema em questão e os respetivos procedimentos nos cuidados.

Além desta participação, presenciei cuidados com base no neurodesenvolvimento, tais como a avaliação do peso e o banho em contenção e observei na prática a resposta do RNPT a estes procedimentos realizados de forma apropriada e com a presença da família. Estas intervenções foram realizadas na sala de cuidados intermédios e, segundo a enfermeira, é um procedimento frequente, mas não de forma padronizada para todos os RNPT, por não haver pessoal suficiente, pois implica um tempo considerável na sua realização.

No que concerne à comunicação, existe um sistema de correspondência interna através de telemóvel, permitindo contacto rápido entre os intervenientes imprescindíveis na organização dos serviços e dos cuidados, facultando prontidão nas respostas aos cuidados e melhoria na qualidade dos mesmos.

Quanto aos registos, também na UCERN ainda se encontra em vigor o registo em formato papel por não estar padronizado um modelo de registo adequado aos UCIN.

No desenvolvimento deste módulo, verifiquei que a equipa de enfermagem é sensível a promoção e manutenção de um ambiente que promove o desenvolvimento seguro do RNPT, assegurando intervenções relacionadas com o controlo da luminosidade, do ruído, a promoção do conforto, regulação dos estádios de sono, e ainda prestação de cuidados em parceria com os pais. Isto implica afirmar que presenciei intervenções relacionadas com os CCD através dos cuidados convencionais implementadas de forma organizada com base na humanização dos cuidados.

2.2.2 Módulo II - Cuidados de prevenção, avaliação e alívio da dor e stresse dos RNPT

Organizar um ambiente promotor CCD em UCIN implica que se incluam intervenções relacionadas com a gestão da dor no RNPT. A dor em neonatologia merece um importante destaque por parte dos profissionais que aí exerçam, não só por questões éticas mas também porque a exposição prolongada ou repetida à dor possui consequências nefastas para essa população (AAP, 2016).

É neste sentido que as intervenções relacionadas com a gestão da dor em UCIN estão intimamente relacionadas com as práticas de CCD. Dada a pertinência deste tema e as

consequências que a dor pode trazer para o RNPT, tanto a curto como a longo prazo, bem como a relevância do papel do enfermeiro perante as intervenções realizadas, foi importante abrir espaço para o abordar em separado, razão pela qual diferenciámos este Módulo do estágio.

Objetivos:

- Identificar na prática as intervenções de Enfermagem na farmacologia da dor em UCIN;
- Identificar as ações não farmacológicas de prevenção da dor em UCIN;
- Analisar criticamente a fundamentação e a efetividade dessas práticas.

A parte experiencial deste módulo foi desenvolvido na UCIN da MBB.

Dado a pertinência deste tema e a interligação dos conceitos escolhidos para o abordar, achei pertinente desenvolver estes objetivos em conjunto, considerando que abordá-los em particular tornaria mais exaustiva a sua leitura e compreensão.

Para Batalha (2010a), citando a International Association for the Study of Pain, a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos” (p3).

Durante muito tempo a dor no RN foi subestimada, pois se acreditava que os neonatos eram incapazes de perceberem os estímulos dolorosos. No entanto, atualmente acredita-se que os componentes do sistema nervoso central necessários para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, estão presentes no RNPT, estando apenas a sua maturação incompleta (Batalha, 2010).

Experiências dolorosas repetidas nesta população provocam respostas globais de stresse manifestadas por alterações no sistema cardiovascular, respiratório, imunológico e comportamental (Lopes, Menezes, Catarina, Andrade, & Souza, 2017).

Igualmente, o desequilíbrio na fisiologia do organismo provocado pela exposição prolongada à dor, interfere no equilíbrio homeostático já precário no RNPT, com consequências ao longo prazo, tais como, comprometimento do crescimento e desenvolvimento, diminuição do limiar de dor e hiperalgesia (Andreazza, Motter, Cat, & Silva, 2018; Santos, Pereira, Santos, & Santana, 2012). Isto implica afirmar que o controlo

da dor, para além do bem-estar, é relevante na promoção do crescimento e o desenvolvimento.

Contudo, avaliar e mensurar a dor ainda tem sido evidenciado como um grande desafio para o enfermeiro em neonatologia, visto que o neonato não é capaz expressá-la verbalmente, mas sim por meio de manifestações corporais e fisiológicas. Isto implica que os profissionais tenham conhecimentos dos meios através dos quais a dor se manifesta nessa população, das medidas para o seu alívio perante procedimentos julgados stressantes e ainda considerarem questões humanitárias e éticas (Batalha, 2010; Monfrim, Saraiva, Moraes, & Viegas, 2015).

Neste sentido, AAP (2016) recomenda que todas as UCIN devem ter diretrizes escritas baseadas em evidências científicas sobre a gestão da dor em neonatos, dentre estas: usar as ferramentas de avaliação atualmente disponíveis de forma consistente, antes durante e após procedimentos dolorosos, para monitorizar a eficácia das intervenções de alívio da dor; avaliar a necessidade de prevenção e tratamento da dor, de forma contínua durante a hospitalização da criança; utilizar as estratégias não farmacológicas, de forma consistente, tais como sucção não nutritiva, provisão de aleitamento materno ou fornecimento de leite humano ordenhado, contenção e o enrolamento; especificamente, quando se utilizar a sacarose ou a glucose simples ou em combinação com outras estratégias de controlo da dor, devem ser utilizadas como medicamento e a sua utilização implementada com base em protocolos baseados em evidências atualizadas; ponderar quanto aos benefícios e os riscos reais ou potenciais quanto ao uso do tratamento farmacológico com base em evidencia científica; providenciar formação e educação contínua aos prestadores de cuidados de saúde em UCIN e famílias dos neonatos em relação a identificação dos sinais de dor, bem como seu tratamento de acordo com evidências atualizadas.

Particularmente para as práticas de enfermagem, merecem destaque as intervenções não farmacológicas de prevenção, tratamento e controlo da dor no RNPT. Estas práticas não substituem o tratamento farmacológico, mas produzem efeito significativo no alívio da dor ligeira à moderada (Batalha, 2010b).

Dentre estas práticas, a literatura evidencia a administração da glicose/sacarose via oral por sucção, a sucção não nutritiva, a amamentação, o contato pele a pele, contenção e o enrolamento, sendo todas consideradas práticas de carácter não invasivas, de baixo custo, de fácil aplicação e com baixo risco de complicações (Lopes et al., 2017).

Reduzir os estímulos ambientais, agrupar os cuidados e promover períodos de sono, executar procedimentos sempre com duas pessoas, estimular e auxiliar os pais na manipulação do RN, facilitando a sua organização, também são intervenções recomendadas (Alves Cordeiro & Costa, 2014).

Na UCIN da MBB, a equipa de enfermagem desenvolve práticas relacionadas com o tratamento não farmacológico da dor, sendo elas organizadas nas intervenções relacionadas com a humanização dos cuidados. Existem protocolos disponíveis especificamente para a equipa de enfermagem, implementados com o objetivo de promover uma avaliação sistemática da dor e implementar programas facilitadores não só no tratamento e gestão da dor, bem como na implementação de medidas preventivas de forma segura.

Mediante o exposto, cabe realçar a importância de manter protocolos padrão quanto à execução dessas práticas, pois a não sistematização e a falta de base teórica poderiam por vezes resultar em efeitos iatrogénicos derivados da vulnerabilidade dessa população.

Associado aos protocolos de cuidados se encontra a avaliação da dor, sendo recomendado o uso das escalas atualmente disponíveis, no sentido de reduzir a subjetividade nas avaliações, permitindo um tratamento mais eficaz e assim promovendo um cuidado integral ao RNPT (Santos et al., 2012). Neste sentido, na UCIN, para avaliar a dor é utilizada a escala *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) e a escala *Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né* (EDIN), sendo esta realizada consoante o protocolo estipulado, ou seja, no mínimo uma vez por turno ou sempre que se realiza procedimentos dolorosos.

Segundo Batalha (2010a), a avaliação da dor deve constar nos procedimentos dos profissionais de saúde, pois, uma dor não identificada não pode ser tratada e quantificá-la é um dos principais requisitos para uma atuação segura e eficaz.

Existe diferença na aplicação destas duas escalas na unidade. A escala PIPP é utilizada nos RNPT em incubadora sob ventilação e monitorização eletrocardiográfica e em procedimentos invasivos e a escala EDIN, utilizada em situações de dor prolongada, tais como, nos RNs com cardiopatia congénita e em berço sob monitores de apneia quando estáveis e com IG > 34s. Cabe realçar que, segundo as normas estipuladas, pode-se ponderar a mudança para a escala EDIN em RN \geq 34s de IG quando estáveis, mesmo quando este permanece na incubadora.

É notado que após cada procedimento considerado doloroso, os enfermeiros permanecem junto da criança por algum tempo, avaliando sinais sugestivos de dor, o que vai ao encontro do evidenciado por Batalha (2010a), de que na avaliação da dor os enfermeiros utilizam com frequência as variáveis comportamentais da criança. Nos RNs, a dor é frequentemente manifestada por expressões faciais e corporais, modificações no comportamento e sinais físicos.

Na observação das intervenções de enfermagem, na avaliação da dor, foi possível entender que quanto aos parâmetros fisiológicos, estes não são sinais exclusivos da dor, uma vez que podem estar associados a outros estímulos não dolorosos, o que implica considerar em simultâneo outros dados, tais como alterações comportamentais.

Neste sentido, tive oportunidade de verificar comportamentos de dor nos RNs e a atuação da equipa perante os mesmos. Destes, posso exemplificar sinais de dor manifestados por sulcos acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, choro, tremor do queixo e alteração da postura corporal. Anteriormente, durante a minha experiência profissional, pelo desconhecimento da realidade da dor em neonatologia, não tinha associado alguns destes sinais à expressão de dor pelo RNPT.

A dor é quantificada no sentido de definir a melhor conduta a seguir perante o score encontrado. Como já tinha referenciado, a enfermagem possui autonomia nas medidas não farmacológicas utilizadas para a sua prevenção e tratamento. Na UCIN da MBB, presenciei as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros, sendo ambas de baixo custo e de fácil implementação. No entanto, nota-se que esta intervenção implica pessoal treinado e em quantidade suficiente, para que as práticas sejam implementadas e seguidas de forma criteriosa, resultando em intervenções seguras para os RNPT.

Das intervenções realizadas na UCIN, destaco as mais empregadas, a saber: sucção não nutritiva, uso de sacarose, contenção manual, pegar ao colo, voz e música, facilitação da amamentação, *Swaddling*, sendo estas usadas antes durante e após procedimento doloroso de acordo com a disponibilidade e o tipo de intervenção em evidência.

Estes procedimentos são condizentes com achados em revisão de literatura por Andrezza et al. (2018), de que dentre os tratamentos não farmacológicos mais estudados encontram-se a contenção com lençóis, a contenção realizada com as mãos dos profissionais ou dos pais, o método canguru e a sucção não nutritiva com ou sem sacarose.

Fernandes (2010) apontou vantagens na combinação de algumas práticas não farmacológicas de controlo da dor no RNPT. Comprovou em seu estudo que a combinação das práticas do canguru materno, sacarose e chupeta é eficaz no controlo da dor no RNPT acima das 28 semanas IG, durante a colheita de sangue por venopunção, quando comparado com a sacarose oral por chupeta oferecida de forma isolada. Evidenciou ainda, o reforço do papel parental pela participação ativa da mãe no alívio da dor do filho, como vantagem acrescida.

Quanto ao uso da sacarose, esta é utilizada mediante protocolo instituído na enfermaria, sendo que existem ampolas com concentrado de 25%, destinadas a administração da mesma, de acordo com as recomendações da AAP.

Para a sucção não nutritiva, destaca-se o uso da chupeta que se encontra instituída na prática diária dos enfermeiros e verifiquei que em todos os leitos estão disponíveis chupetas de acordo com o tamanho da bebé. A chupeta é utilizada tanto pelos profissionais de saúde como pelos pais no sentido de acalmar a criança, principalmente quando esta manifesta sinais de stresse, sendo também associada ao uso da sacarose em procedimentos que provocam dor moderada, tais como, punção do calcanhar e punção venosa periférica, tanto para cateterismo como para colheita de sangue para exames. Na remoção de adesivos é também utilizada a sucção não nutritiva como forma de alívio da dor, no entanto, é verificado que praticamente não existe manifestações de dor associado a este procedimento, pois existe na enfermaria spray apropriado que é utilizado para desprender o adesivo da pele antecipadamente sem lesar a mesma. Também a chupeta é largamente utilizada em RNPT sob ventilação não invasiva.

A habilidade de sucção é considerada um reflexo que facilita a alimentação bem-sucedida. No entanto, esta se encontra ausente ou pouco desenvolvida no RNPT, o que implica estimulá-la de forma adequada para o seu desenvolvimento, sendo a chupeta altamente recomendada como meio eficaz e seguro (Lemes, Silva, Correr, Almeida, & Luchesi, 2015). No entanto, o uso da chupeta tem permanecido controverso na literatura. Se, por um lado, se encontra associado a efeitos benéficos no RNPT tais como, tranquilidade, conforto, melhor índice de crescimento e desenvolvimento, ganho ponderal mais rápido e melhor, possível associação com menor incidência de morte súbita, além dos efeitos positivos no controlo da dor, por outro lado, ela se associa a uma larga lista de malefícios tais como, malformações dentárias, associação com otite média aguda e de repetição e

ainda é vista como uma importante fonte potencial de contaminação (Lemes et al., 2015; Volkmer, 2009).

Ainda associada a prática alargada do uso da chupeta no RN, a literatura evidencia forte associação com o desmame precoce. Nos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*” o “Passo 9” desaconselha por completo o uso de chupeta e bicos artificiais em crianças amantadas ao seio materno, alegando que estão fortemente associados ao desmame precoce (Silva, Pellegrinelli, Pereira, Passos, & Santos, 2017).

Contudo, estudos relatam que os problemas com o aleitamento materno podem ser evitados com educação e apoio às mães após a alta hospitalar, mediante estratégias que visam promover o aleitamento materno exclusivo, pois este não depende apenas de condições biológicas do RN mas também das reações maternas ao processo de parentalidade (Dadalto & Rosa, 2017).

Cabe ainda salientar que na prática dos enfermeiros em UCIN os procedimentos que implicam dor são sempre executados por dois enfermeiros, estando o segundo elemento concentrado na avaliação e aplicação das medidas de controlo e tratamento da dor, o que também se encontra em concordância com os autores anteriormente referidos.

Uma prática também muito importante referenciada como medida não farmacológica é a prática do Método canguru. Não pude observar esta prática pontualmente como associada às intervenções não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos dolorosos, mas consta nos protocolos da UCIN como método não farmacológico utilizado e é considerado eficaz.

Os métodos não farmacológicos também podem ser empregues como coadjuvantes da terapia farmacológica. Embora a farmacologia da dor não ser uma prática autónoma do enfermeiro, não se descarta que a sua ação em conjunto com a equipa médica seja imprescindível para o sucesso do tratamento (Batalha, 2010b).

Isto equivale afirmar que a enfermagem, no que tange a gestão da dor, desenvolve um leque de intervenções tanto autónomas como interdependes, isto é, possui autonomia na gestão não farmacológica e atua em colaboração com a equipa multidisciplinar na farmacologia da dor.

Para Batalha (2010a), no tratamento farmacológico da dor,

O médico, em função do diagnóstico da situação, decide qual o tratamento (fármaco, dose, frequência, via e modo de administração e duração do tratamento). Ao enfermeiro cabe a tarefa de preparar e administrar a terapêutica prescrita, decidir quando administrar (se prescrita em SOS), avaliar e comunicar a sua eficácia, ter um papel educativo junto dos pais e crianças, vigiar e controlar efeitos secundários e colaborar na revisão terapêutica em função duma avaliação contínua da dor (p 49).

O tratamento farmacológico quando prescrito, o horário de administração deve ser seguido criteriosamente, assumindo os enfermeiros um papel preponderante, tanto na preparação e administração dos mesmos, como na avaliação contínua das respostas do RNPT ao tratamento, tendo em conta a sua vulnerabilidade.

Para isso destaco estratégias utilizadas na UCIN como meios para proporcionar segurança e rapidez na preparação e administração dos medicamentos que observei, tais como, diretrizes simplificadas em placar, na sala de terapêutica, sobre a dose do medicamento a ser administrado, o soluto utilizado para reconstituição e diluição dos mesmos, a via de administração e o tempo de perfusão dos mesmos, sendo esta uma prática imprescindível para diminuir os riscos associados a terapêutica farmacológica. Cabe salientar que estas estratégias se revelam como facilitadores, tanto na integração dos novos elementos na equipa como na aprendizagem dos estagiários em ensino clínico.

Ainda para o tratamento da dor é de salientar a farmacologia em contexto neonatal. Não pude observar na prática a administração de medicamentos para o tratamento da dor no RNPT, mas na UCIN estão expostos os medicamentos tópicos e sistémicos mais utilizados, dentre eles, EMLA, lidocaína, paracetamol, morfina e fentanil. Estão também acessíveis para toda a equipa protocolos explicando tanto a importância do seu uso em neonatologia, bem como o alerta para precauções tendo em conta as especificidades dessa população em relação à toxicidade farmacológica. Isto implica afirmar que o seu uso é muito ponderado nessa população, o que vai ao encontro das recomendações da AAP.

Terminando este módulo posso adiantar que os objetivos almejados foram concretizados. No meu contexto de trabalho, embora já consciente de que os RNPT sofriam dor nos procedimentos e que a resposta que dávamos como profissionais era insuficiente, não sabia como implementar protocolos de avaliação, prevenção e alívio. Sinto-me agora mais esclarecida e competente para melhorar os cuidados nesta área.

Faz-se lembrar o referido por Batalha (2010a) de que, com relação a dor em pediatria a que se conhecer a realidade para conseguirmos mudar as nossas condutas. Portanto, na

seção de formação para enfermeiros incluída no apêndice 3 deste relatório, é dada ênfase especial para a sensibilização dos enfermeiros perante esta temática, elucidando as intervenções em que os enfermeiros possuem autonomia.

2.2.3 Módulo III – Promoção do aleitamento materno no RNPT

Objetivos

- Identificar as principais estratégias utilizadas para promover o aleitamento materno nos prematuros

As diretrizes clínicas de apoio à amamentação nos serviços de maternidade estão bem estabelecidas para bebês saudáveis, mas podem ser insuficientes para superar os desafios quando se trate da prematuridade (Estalella et al., 2018). Entender como aproveitar cada tipo de apoio à lactação no sistema de saúde é importante para projetar intervenções eficazes promotoras do aleitamento materno nessa população (Chetwynd, Wasser, & Poole, 2019).

Portugal aderiu em 1994 com o programa nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebês estando vários hospitais reconhecidas como “Hospital Amigo dos Bebês” sendo a maternidade Bissaya Barreto incluída neste grupo, promovendo apoiando e estimulando o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, bem como promover a sua continuidade até a criança completar 2 anos ou mais. Existe placas em toda a maternidade apoiando e incentivando o aleitamento materno exclusivo e evidenciando que é o melhor alimento para o RN

As mães da UCIN da MBB mostram-se motivadas à prática do aleitamento materno, tendo assimilado que é o melhor alimento para o filho, principalmente em situação de prematuridade.

Essas práticas parecem ser bem assimiladas pelos pais, durante o internamento, mas, pela minha experiência profissional, vejo que o uso alargado da chupeta e do mamilo artificial pode interferir negativamente com o processo de amamentação, podendo comprometer a longo prazo esta prática, dificultando assim o sucesso da amamentação exclusiva até aos 6 meses.

Como referido anteriormente no Módulo II, o uso da chupeta, por exemplo, é recomendado na UCIN como prática associada ao tratamento não farmacológica no alívio

da dor, na estimulação do processo de sucção. Para apoiar os pais na continuidade do aleitamento materno, deveria ser ponderado, deixar de se usar a chupeta quando a criança se encontra estável, favorecendo assim o sucesso da amamentação exclusiva, após a alta hospitalar, cumprindo com o recomendado pela OMS: assegurar o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade e em complemento com alimentos até aos dois anos ou mais.

Existe evidência científica comprovada de que o uso de bicos artificiais, especialmente as chupetas são os principais fatores que contribuem para o abandono precoce da amamentação (Almqvist-Tangen, Bergman, Dahlgren, Roswall, & Alm, 2012; Lindau et al., 2015).

No entanto há estudos alegando que o uso da chupeta pode interferir com a prática do aleitamento materno, apenas em mães que enfrentam dificuldades e insegurança na amamentação, ou que estão pouco motivadas a amamentar seus filhos (Dadalto & Rosa, 2017). Para melhor clarificar estes conceitos segue uma revisão integrativa de literatura com base na busca de evidencia científica sobre promoção do aleitamento nos prematuros.

Estratégias Promotoras do Aleitamento Materno nos lactentes Nascidos

Prematuros: Uma Revisão Integrativa da Literatura.

Resumo: Lactentes prematuros possuem maiores dificuldades em amamentar do que as crianças nascidas a termo. **Objetivo:** Descobrir na literatura evidencia de estratégias eficazes promotoras do aleitamento materno nos lactentes nascidos prematuros. **Método:** Revisão integrativa da literatura nas bases de dados CINAHL, MEDLIN e Academic Search Complete, acedidas através da plataforma EBSCOhost. Foram selecionados inicialmente 61 artigos e a amostra para revisão foi composta por sete artigos. Pesquisa foi realizada na primeira semana de janeiro com a seguinte expressão de pesquisa: TI (Promotion OR promo?e OR stimulation OR support*) AND TI(breastfeed* Or “breast and feed*) AND TI(preterm OR premature). **Resultados:** Os artigos incluídos tiveram como propósito identificar as estratégias utilizadas para promover o aleitamento materno nos lactentes prematuros tanto a curto como a longo prazo. Todos os prematuros deverão ter sua nutrição monitorizada de forma individual de acordo com cada etapa de crescimento e desenvolvimento, para garantir suporte nutricional adequado. Mediante análise dos artigos foram identificadas três categorias: Promoção do aleitamento materno no ambiente hospitalar; Promoção do aleitamento materno após a alta hospitalar;

Identificando e vencendo barreiras na promoção do aleitamento materno. Constatou-se que a promoção do aleitamento materno nos prematuros é um processo que além de requerer início precoce, requer que seja um processo contínuo onde as diferentes etapas se interligam. **Conclusão:** Implementar estratégias de estímulo ao aleitamento materno, significa ampliar os conhecimentos sobre o aleitamento materno nas estruturas de apoio, orientar as atitudes das mães e familiares favorecendo o empoderamento, acesso aos serviços e contacto com conselheiros experientes. Os enfermeiros estão numa posição privilegiada

Palavras Chaves: Estratégias promotoras; Aleitamento materno; Prematuros

Introdução

A literatura evidencia que o aleitamento materno apresenta benefícios à saúde dos bebês e suas mães, tanto a curto como a longo prazo, sendo recomendado como o melhor alimento não só para crianças nascidas a termo, como também para os prematuros (Shattnawi, 2017).

Os prematuros, pela sua imaturidade, quando alimentados com o leite materno, além dos benefícios nutricionais recebidos, usufruem de proteção imunológica, fortalecendo os mecanismos de defesa, influenciando positivamente o seu crescimento e desenvolvimento, sendo recomendado o seu início o mais precocemente possível (Bennett & Grassley, 2017; Shattnawi, 2017).

Estes autores estão em concordância com a OMS (2019c), referindo o leite materno exclusivo como o alimento para os prematuros nos primeiros meses de vida, pelos seus benefícios, tanto na saúde destes como de suas mães e também pelo impacto nos custos associados aos cuidados de saúde.

Desses benefícios, a literatura destaca: melhoria nos sistemas de defesa devido a oferta de imunoglobulinas; maior digestibilidade; ausência de fatores alergénicos; diminuição dos índices de flatulência, obstipação ou diarreia; diminuição do risco de falência respiratória, apneia e displasia bronco pulmonar; favorecimento dos estímulos tácteis visual e auditivo, auxiliando o desenvolvimento emocional, perceptivo, motor, cognitivo e físico; fortalecimento da vinculação mãe/filho (Silva & Guedes, 2012) . Ainda é evidente que a alimentação com leite materno é praticamente isenta de custos adicionais, tanto para as famílias como para os serviços de saúde.

É nessa multiplicidade de benefícios que se enquadra as recomendações para a promoção do aleitamento materno, como alimento de primeira escolha para os prematuros, tanto nos países de baixa renda, como também nos países desenvolvidos (OMS, 2019c).

No entanto, pesquisas revelam barreiras interferindo no sucesso da amamentação nesses prematuros, tais como: a sua imaturidade fisiológica e neurológica, interferindo com a capacidade de coordenação sucção/respiração/deglutição; fatores culturais e crenças; promoção comercial de fórmulas lácteas infantis; trabalho materno fora do lar; falta de informação de como amamentar e manter a amamentação, práticas inadequadas dos profissionais (Silva & Guedes, 2012).

Quanto ao uso de chupetas e mamadeiras, estudos revelam que a substituição dessas por copo, quando existe segurança na sua utilização, se repercute positivamente na extensão e na duração da amamentação nesses lactentes, pois o uso de bicos sintéticos provoca confusão com o mamilo da mãe (Collins, Gillis, McPhee, Suganuma, & Makrides, 2016; Lemes et al., 2015).

Além disso, autores afirmam com base na literatura que o uso de chupeta ou de mamadeira se encontra associado ao desmame precoce em crianças nascidas prematuras (Lemes et al., 2015; Silva & Guedes, 2012).

No entanto, associada á imaturidade, se encontra a habilidade de sucção diminuída ou ausente, sendo ela considerada um reflexo que facilita a alimentação bem-sucedida. Isto implica estimular o seu desenvolvimento de forma adequada, sendo a chupeta altamente recomendada como meio eficaz e seguro (Lemes et al., 2015). Ainda o prematuro pode necessitar de auxílio para sugar quando não possui força suficiente para assegurar o mamilo da mãe e esta habilidade também pode ser desenvolvida por meio de bicos artificiais.

No entanto, cabe salientar que nessas crianças o uso de bicos artificiais não se encontra associado simplesmente ao facto de necessitarem de auxílio na alimentação, isto é, devido a sua imaturidade, apresentam diferentes necessidades imprescindíveis enquanto a sua permanência em UCIN.

Dessas podemos salientar, os procedimentos imprescindíveis para a sua sobrevivência, que na sua quase totalidade são intervenções desconfortáveis e de carácter doloroso, necessitando de tratamento. Nisso merece destaque as intervenções não farmacológicas onde a sucção não nutritiva assume relevância, sendo ela favorecida através da chupeta.

Mediante o exposto cabe evidenciar que, se por um lado o uso dos bicos artificiais pode interferir negativamente com o sucesso da amamentação do prematuro, por outro lado se encontra associado a procedimentos que favorecem a sua maturação com repercussão positiva no seu crescimento e desenvolvimento. Neste sentido, considera-se que nos prematuros o sucesso da amamentação deve ser alcançado através de métodos que não interferem com os demais benefícios imprescindíveis para o seu desenvolvimento.

Isto vai ao encontro de Dadalto e Rosa (2017), salientando que existem estudos relatando que os problemas com o aleitamento materno podem ser evitados com educação e apoio às mães após a alta hospitalar, mediante estratégias que visam promover o aleitamento materno exclusivo, pois este não depende apenas de condições biológicas do RN mas também das reações maternas ao processo de parentalidade.

O enfermeiro pelo seu perfil de cuidador integral, e por ser o profissional que mais contacta com os utentes, desempenha um papel importante na consciencialização dos efeitos benéficos do leite materno para as crianças nascidas prematuras, buscando também estratégias para a sua promoção. Também será importante que o empoderamento dos pais seja promovido, no sentido de extrapolar o sucesso da amamentação para além do período de hospitalização.

A OE (2019) salienta que faz parte das competências do Enfermeiro Especialista suportar a prática clínica em evidência científica, isto é, investigar e colaborar em estudos de investigação, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Aqui exalte-se a importância de contribuir com esta revisão de literatura tendo em conta a importância do leite materno para as crianças nascidas prematuras.

Objetivo: Descobrir o que a literatura evidencia como estratégias eficazes promotoras do aleitamento materno nos lactentes nascidos prematuros.

Metodologia

A área da saúde é alvo da realização de várias pesquisas, no entanto, persiste o desafio de reunir os resultados destes estudos para melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

É visível na literatura que as revisões integrativas de estudos de investigação tem o potencial de sintetizar conhecimento fundamentado para a realização de práticas clínicas

de qualidade (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008) Nesta perspectiva, em enfermagem, pode facultar uma visão mais ampla de um tema em estudo e favorecer melhorias na informação para a qualidade dos cuidados.

No entanto, é evidente considerar que, na possível transferência dos resultados para a prática profissional, não se descarta prováveis particularidades do contexto onde essas práticas serão executadas.

De acordo com Mendes et al. (2008), para construir uma revisão integrativa é necessário que primeiramente seja definido uma boa questão de partida, que possa ser respondida com base nos objetivos traçados. Esta questão é originada a partir da identificação da necessidade de intervenções específicas.

Para formular uma boa questão de pesquisa, é útil seguir a estratégia “PICO”: População ou Pacientes; Intervenção ou Assunto de Interesse; Comparação de intervenções, Controle ou Contexto; *Outcomes* (Resultados de interesse).

Sendo assim, como ponto de partida para esta revisão integrativa da literatura foi formulada a seguinte questão PICO: Quais as estratégias que são utilizadas durante o internamento na UCIN e no domicílio (após a alta) para promover o aleitamento materno nos lactentes nascidos prematuros?

No quadro que se segue apresenta-se a identificação dos critérios para a formulação da questão de pesquisa:

Quadro 2:

Critérios para a formulação da questão de pesquisa

| | | | |
|---|----------------------|--------------------------|--|
| P | População | Quem? | Lactentes nascidos prematuros |
| I | Assunto de Interesse | O que pretende? | Promoção do aleitamento materno |
| C | Contexto | Onde? | UCIN/domicílio |
| O | <i>Outcomes</i> | Resultados de interesse? | Estratégias com evidências de eficácia |

Para identificar os documentos que abordassem a temática em estudo, considerou-se a probabilidade de encontrar artigos nas bases de dados de maior relevância para a saúde, sendo escolhidas CINAHL, MEDLINE e Academic Search Complete (ASC), acedidas através da plataforma EBSCOhost.

A pesquisa foi realizada na primeira semana de janeiro, restringindo-se o período de publicação a 2015-2019, com o intuito de reunir dados com evidência mais atualizada sobre o tema em questão.

A expressão de pesquisa utilizada foi: TI (Promotion OR promo?e OR stimulation OR support*) AND TI(breastfeed* Or “breast and feed*) AND TI(preterm OR premature).

A seleção dos artigos a serem analisados foi realizada a partir da formulação dos seguintes critérios de Inclusão: estar disponível na íntegra online; ser redigido em português ou inglês; abordar a amamentação em lactentes nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas. Os artigos eliminados tiveram alguns critérios de exclusão, tais como: disponível em línguas de difícil tradução; não disponíveis na íntegra online; não consistentes com os objetivos traçados. Foram assim identificados um total de 61 documentos.

Síntese do processo de seleção dos estudos

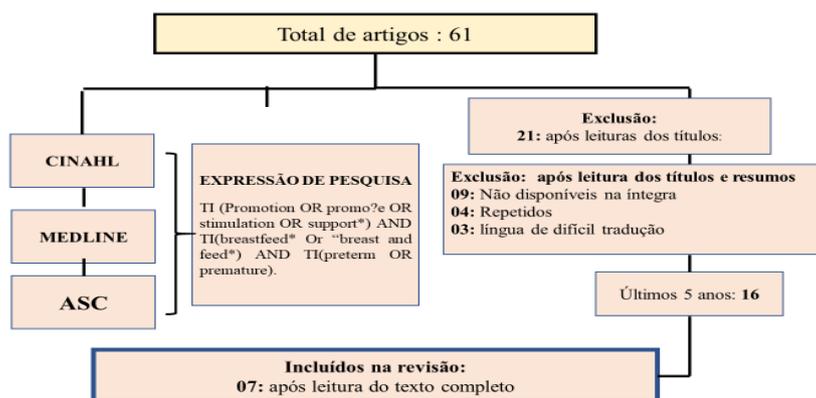


Figura 1: Síntese do processo de seleção dos estudos

Caracterização da amostra de artigos retidos para análise

Os 7 artigos selecionados tiveram como amostra prematuros nascidos com idade gestacional < 37 semanas, incluído gémeos, estando estes ainda em período de amamentação (exclusiva ou não), tanto em ambiente hospitalar como no domicílio, pois, para que haja resultados satisfatórios com relação à amamentação nos prematuros, as estratégias promotoras devem abarcar estes principais requisitos.

Características dos estudos retidos para análise

Quadro 3:

Características dos estudos retidos para análise

| Autor e data | Título do Estudo | País de realização do estudo |
|---|---|---------------------------------------|
| E1 Davidson, Ruthazer e Maron, (2019) | Optimal Timing to Utilize Olfactory Stimulation with Maternal Breast Milk to Improve Oral Feeding Skills in the Premature Newborn. | Estados Unidos (Bóston) |
| E 2 Simmer, Kok, Nancarrow, Hepworth e Geddes (2016) | Novel feeding system to promote establishment of breastfeeds after preterm birth: a randomized controlled trial | Austrália |
| E 3 Kuhnly (2015) | Strategies to Support Sustained Breastfeeding of Late Preterm Multiple Birth Infants | Estados Unidos. Storrs (Connecticut). |
| E 4 Shattnawi (2017) | Healthcare Professionals' Attitudes and Practices in Supporting and Promoting the Breastfeeding of Preterm Infants in NICUs | Jordânia |
| E 5 Estalella et al. (2018) | Evaluation of an intervention supporting breastfeeding among late-preterm infants during in-hospital stay | Espanha (País Basco) |
| E 6 Moudi, Molashahi, Imani, e Ansari (2017) | Effects of a feasible supportive care program on breastfeeding behaviors and neonatal outcomes among the late preterm newborns in the south east of Iran. | Irão |
| E 7 Bennett e Grassley (2017) | A Community Partnership to Support Breastfeeding Mothers of Late Preterm Infants | Estados Unidos (Mountain West) |

Colheita e análise dos dados

Os dados relativos aos outcomes foram coletados a partir da metodologia dos artigos retidos (referência às estratégias e às respectivas particularidades de aplicação na prática) e aos resultados e conclusões (referências sobre a eficácia das estratégias utilizadas).

Para o efeito, elaborou-se previamente uma tabela (Apêndice1), em que estes dados eram precedidos de informação sobre o país em que se realizou o estudo, afiliação profissional dos autores, objetivos do estudos e tipo de estudo. A análise foi do tipo qualitativa descritiva, resultando numa lista de estratégias utilizadas e das respectivas evidências de eficácia.

Resultados

A partir da análise dos artigos, foi verificado que os principais conteúdos abordados foram a promoção do aleitamento durante a hospitalização e sua continuidade após a alta hospitalar, sendo em alguns casos evidências de dificuldades encontradas. Assim, foram

construídas 3 categorias para analisar as estratégias promotoras do aleitamento materno nos prematuros.

A primeira categoria reúne estratégias utilizadas para abordar a *promoção do aleitamento materno no ambiente hospitalar*, estando esta desdobrada em subcategorias, tais como: estimulando a sucção precoce e a maturidade alimentar por via oral e estimulando a produção de leite e a amamentação completa ao seio materno.

Para a segunda categoria, foram identificadas as estratégias que abordam a *promoção do aleitamento materno após a alta hospitalar*, sendo ela desdobrada também em subcategorias, tais como: suporte ao aleitamento materno nos lactentes prematuros após a alta hospitalar e prolongar o aleitamento materno nos lactentes nascidos prematuros. Por último a terceira e última categoria, *identificando e vencendo as barreiras na promoção do aleitamento materno*.

Síntese das categorias e subcategorias identificadas como resultados

Quadro 4:

Síntese das categorias e subcategorias identificadas como resultados

| Categorias | Subcategorias |
|---|---|
| Promoção do aleitamento materno no ambiente hospitalar. | Estimulando a sucção precoce e a maturidade alimentar por via oral. |
| | Estimulando a produção de leite e amamentação completa ao seio materno. |
| Promoção do aleitamento materno após a alta hospitalar. | Suporte ao aleitamento materno exclusivo nos lactentes prematuros. |
| | Prolongar o aleitamento materno nos lactentes nascidos prematuros. |
| Identificando e vencendo as barreiras na promoção do aleitamento materno. | |

Promoção do aleitamento materno no ambiente hospitalar

Enfrentar o nascimento prematuro em conjunto com o ambiente das UCIN envolve a família, em especial a mãe, numa experiência complexa, decorrente das múltiplas dificuldades enfrentada, podendo gerar descontrolo emocional e afetar o processo de amamentação.

Todos os prematuros deverão ter sua nutrição monitorizada de forma individual de acordo com cada etapa de crescimento e desenvolvimento, exigindo nestes casos planejamentos específicos para garantir suporte nutricional adequado. A alimentação parenteral que parece ser uma boa solução, associa-se a diversos fatores de riscos que podem comprometer o crescimento e desenvolvimento, tanto a curto como a longo prazo, entre eles, o risco de infecção e o atraso no desenvolvimento das habilidades para o RN autoalimentar-se. Isto implica considerar que o RNPT seja estimulado para amamentar e alimentar com o leite materno o mais precocemente possível.

O aleitamento materno pelos seus múltiplos benefícios, promove claramente a saúde dos bebês e suas mães, especialmente aqueles nascidos prematuros tanto a curto como a longo prazo, sendo considerado o alimento de primeira escolha para um crescimento e desenvolvimento saudável (Bennett & Grassley, 2017; Simmer et al., 2016).

No entanto, no RNPT a coordenação entre sucção/deglutição/respiração, que é a base para a amamentação, se encontra ausente ou pouco desenvolvida, devido à sua imaturidade, implicando estímulos para o seu desenvolvimento e amadurecimento.

Sendo assim, intervenções que promovam o aleitamento materno nessa população devem ter o seu início o mais precocemente possível e vão muito além de práticas educativas voltadas para o valor do leite materno e ao estímulo da adesão dos pais à amamentação, seja ela exclusiva ou mediante complemento.

- *Estimulando a sucção precoce e a maturidade alimentar por via oral*

Davidson, Ruthazer, e Maron (2019) abordam uma prática específica que pode ser considerada como a base para o sucesso da amamentação. Apresenta um estudo que teve como objetivo, explorar os prazos de desenvolvimento e as respostas específicas quanto ao sexo à estimulação olfativa com leite materno para melhorar os resultados da alimentação oral no RN prematuro.

Os autores realçam a insistência da literatura de que a maturação olfativa é essencial para o sucesso da alimentação oral e que entre os 28 e 35 semanas de IG o sistema olfativo se encontra em processo rápido de amadurecimento. Consideraram que estimulação olfativa quando realizada de forma apropriada [considerando este intervalo de desenvolvimento] poderia melhorar as respostas sensoriais orais no prematuro.

Através do estudo, foi comprovado os achados evidenciados anteriormente na literatura, acrescentando ainda que com relação a estimulação olfativa com leite materno, não existe diferença nas respostas quanto ao sexo e as crianças com IG menor que 31 semanas são mais recetivos ao estímulo olfativo com leite materno do que as crianças mais velhas. Estes achados implicaram também afirmar que pode haver um intervalo específico onde a estimulação olfativa com leite materno é mais benéfica (Davidson et al., 2019).

Também com relação à estimulação da maturidade oral nos prematuros, o estudo de Simmer et al. (2016), utilizando uma nova tetina (*Medela AG, Baar, Suíça*), com o intuito de assemelhar a sucção ao seio materno, mostrou resultados satisfatórios tanto no desenvolvimento das habilidades de sucção como na maturidade para atingir habilidades de sucção compatíveis com os critérios de alta nos prematuros.

Neste estudo, os autores referem que, nos casos em que a mãe não consegue estar presente na UCIN, a forma de alimentar os prematuros torna-se um dilema, levando os profissionais a recorrerem à alimentação com mamadeira para acelerar a maturidade alimentar oral, que é um dos requisitos para a alta precoce dos prematuros. No entanto, as mamadeiras não são recomendadas durante o estabelecimento da sucção, não só pelo alto fluxo de leite, levando a episódios de engasgos, ao risco de asfixia e a problemas respiratórios, como também por a configuração das tetinas provocar nas crianças a confusão com o mamilo da mãe, fazendo com que estes prefiram a mamadeira por requerer menor esforço para sucção (Simmer et al., 2016).

A nova tetina, que simula a sucção no peito materno, permitiu nos prematuros uma mamada sem risco de desperdício de leite, quando comparado com o uso de copo, que a literatura vem evidenciando como alternativa nas crianças que amamentam ao seio materno. A alimentação por copo vem sendo associada a altas taxas de amamentação, no entanto está sujeita ao risco de vazamento, provocando a perda de volumes substanciais de leite e requer que a alimentação do prematuro seja feita por profissionais treinados (Simmer et al., 2016).

A nova tetina quando comparado com a mamadeira e o copo possui a vantagem de fazer com que a criança seja capaz de regular o fluxo de leite, elevando a língua e cessando a sucção, permitindo neste caso um melhor controlo da quantidade de leite ingerida. Foi também associada a melhor regulação térmica e melhor oxigenação da criança no ato de sucção, assim como as crianças amamentadas ao seio materno (Simmer et al., 2016).

Foi concluído através dos estudos que, tanto o novo sistema de alimentação, como a estimulação olfativa com leite materno, proporcionam aos prematuros aptidões para alimentação oral em menor tempo, por acelerarem o desenvolvimento das habilidades de sucção, aumentando, por conseguinte, a capacidade de sucção ao seio materno (Davidson et al., 2019; Simmer et al., 2016).

Uma vez desenvolvida a capacidade de sucção ao seio materno, poderá diminuir o tempo de internamento, pois a capacidade para amamentar completamente ao seio materno é considerada o principal determinante do tempo de permanência na UCIN (Davidson et al., 2019; Simmer et al., 2016).

- *Estimulando a produção de leite e amamentação completa ao seio materno*

Shattnawi (2017) provou em seu estudo que estabelecer uma relação positiva com a mãe durante o internamento nas UCIN tende a facilitar a competência materna, promovendo assim o início precoce do aleitamento materno.

Estes comportamento dos profissionais foram também observados no estudo de caso realizado por Kuhnly (2015). Este autor provou em seu estudo que o contacto pele a pele na primeira hora após o nascimento, alojamento conjunto, apoio ao aleitamento materno com mamilos artificiais, a avaliação das mamas através de formulários próprios com o objetivo de determinar as reais necessidades da mãe e do bebé no ato de amamentar, o apoio permanente do pai no ambiente hospitalar, entre outras orientações, reuniam bases para o início precoce da amamentação mesmo em situação de prematuridade com gemelaridade associada.

Quanto ao apoio disponibilizado pelos profissionais tanto durante o internamento como após a alta, a participante do estudo alegou que foram cruciais para o sucesso, a orientação para estimular a produção de leite através da extração de leite manualmente e por bomba, orientação para oferta de suplemento de leite materno aos bebés mesmo que a quantidade fosse reduzida, enquanto não conseguiam realizar mamadas completas ao seio materno e ainda o apoio nas dificuldades enfrentadas.

Neste estudo, o autor evidencia que mesmo as mães enfrentando diversos desafios no ambiente hospitalar, tais como, dor pós cesariana, padrões de sono irregulares por ter de cuidar dos filhos, fraca produção de leite, necessitando de estímulos frequentes, aprendizagem de novas habilidades na transição parental, é possível manter uma decisão firme de iniciar e manter a amamentação ainda no ambiente hospitalar.

Para enfrentar as dificuldades, foi definido um plano rigoroso com base nas dificuldades apresentadas, tanto pelos bebês como pela mãe. Através deste plano foi possível verificar resultados positivos nas taxas de amamentação durante o internamento.

O estudo de Moudi, Molashahi, Imani, & Ansari (2017) mostrou evidência de que o apoio precoce dos profissionais no ambiente hospitalar, incluindo orientações práticas, tais como: orientações sobre posições adequadas para amamentação, técnicas para extração manual de leite, orientação através de organização de programas de suporte durante o internamento garantiram o aumento da produção de leite, repercutindo-se positivamente no desenvolvimento do bebê.

Estalella et al. (2018) especificam também a decisão compartilhada entre os profissionais e os pais como meio para o empoderamento destes no processo de amamentação.

Shattnawi (2017), por sua vez, provou em seu estudo que os programas de apoio são excelentes estratégias para a amamentação bem-sucedida no ambiente das UCIN e especifica as atitudes, as práticas e os conhecimentos dos profissionais de saúde como essenciais para o sucesso. Realça os enfermeiros como detentores de papel significativo no comportamento das mães e nas suas decisões para amamentar.

Foram consideradas como intervenções específicas nas UCIN: as orientações para extração, conservação e transporte de leite materno, bem como a implicação dessas práticas no aumento da produção de leite, esclarecimentos sobre a importância do leite materno para o bebê. Estas práticas foram reveladas como intervenções que motivam a amamentação precoce nos prematuros durante o internamento nas UCIN (Estalella et al., 2018; Kuhnly, 2015; Shattnawi, 2017).

Neste sentido, alertam para que em qualquer intervenção que vise aumentar as taxas de amamentação, devem ser considerados o conhecimento e as atitudes dos profissionais que trabalham nessas unidades (Estalella et al., 2018; Shattnawi, 2017).

Promoção do aleitamento materno após a alta hospitalar

Se enfrentar o nascimento prematuro nas UCIN já é desafiante para os pais, o regresso a casa torna a situação ainda mais complexa, em detrimento do medo e insegurança por deixarem para trás a supervisão constante dos profissionais e sentirem os únicos responsáveis pelos cuidados ao filho. Este sentimento de angústia pode repercutir-se

negativamente nas capacidades de respostas quanto ao desempenho do papel parental, podendo afetar negativamente o processo de amamentação.

Em se tratando da promoção do aleitamento materno nos prematuros, as estratégias utilizadas não se limitam ao ambiente hospitalar. Estando a criança com mamadas seguras no momento da alta hospitalar é promissor para o sucesso do aleitamento materno, mas não significa uma vitória concretizada, uma vez que a díade inicia uma nova etapa, onde provavelmente precisará de reajustes no processo de adaptação.

- *Suporte ao aleitamento materno exclusivo nos lactentes prematuros*

Kuhnly (2015) concluiu em seu estudo que os enfermeiros podem dar continuidade ao apoio à amamentação prolongada nos prematuros através da interpretação dos resultados conseguidos na avaliação da criança e da mãe durante o período de hospitalização.

Como continuidade às intervenções iniciadas no ambiente hospitalar, Kuhnly (2015) identifica intervenções que são importantes a serem implementadas para sucesso na continuidade da amamentação após a alta, tais como, avaliações periódicas, pelos profissionais, disponibilizar bomba de extração de leite, orientação por escrito, descobrir os fatores facilitadores e os inibidores, orientando-os para apoio familiar.

Embora o estudo de Davidson et al. (2019) não tenha demonstrado diretamente evidências de resultados na amamentação após a alta hospitalar, demonstrou que intervenções específicas que incorporam os pais, como é o caso do uso do leite materno, faz com que estes se sintam ativos, desenvolvendo assim protagonismo nos cuidados aos seus prematuros, sendo este a base para desfechos positivos a longo prazo.

Kuhnly (2015) é concordante com estes autores nos resultados de seu estudo de caso, seguindo uma mãe que pretendia amamentar exclusivamente e a longo prazo seus bebês prematuros gêmeos. Além do apoio referenciado anteriormente recebido durante a hospitalização, a mãe seguiu para alta com apoio e orientação dos profissionais de saúde, tendo superado inúmeros desafios.

No estudo, o apoio após a alta incluiu um plano de intervenção definido em conjunto com os pais, a saber: uso de protetor de mamilo; extração e armazenamento de leite para aumentar a produção; suplemento em cada 3 horas para suprir as necessidades, enquanto os bebês não tivessem força suficiente para amamentar, utilizando primeiramente o leite materno só depois o de fórmula, caso o leite não fosse suficiente; apoio familiar para as

tarefas domésticas e cuidados com os bebês; exame dos bebês 2 dias após a alta e semanalmente no primeiro mês, cada 2 semanas no segundo mês e mensalmente até o 6º mês. Os investigadores foram revisando o plano estabelecido e implementando e adaptando às necessidades emergidas.

Este seguimento mostrou resultados satisfatórios: os bebês prematuros com autonomia para amamentar sem protetores de mamilo com um mês de idade, e produção de leite suficiente para suplemento, força para amamentar exclusivamente ao seio materno, inclusive stock de leite no freezer pela produção exceder as necessidades diárias dos bebês.

Quanto aos resultados referentes ao impacto da experiência na satisfação da mãe, o estudo revelou que com um mês a sua experiência era caracterizada como neutra, derivado aos desafios enfrentados em conjunto com a amamentação e cuidados aos bebês. No entanto, dois meses e onze meses após a alta, a experiência era caracterizada como boa e muito boa, respetivamente, garantindo que o apoio familiar, em conjunto com orientações dos profissionais e a sua decisão em amamentar foram cruciais para o sucesso (Kuhnly, 2015).

Moudi et al. (2017), no seu estudo avaliando os efeitos de um programa de suporte iniciado no ambiente das UCIN e seguido após a alta hospitalar, também encontrou evidencia de resultados positivos após a alta hospitalar, isto é, aumento da frequência de amamentação ao seio materno e aumento da produção de leite com consequente diminuição da alimentação por leite de fórmulas, aumento do ganho de peso em comparação com bebês que receberam cuidados de rotina.

Resultados positivos com relação ao aleitamento materno após a alta também foram encontrados no estudo de Estalella et al. (2018). Neste estudo, houve aumento do uso de bomba de extração de leite após a alta, aumento da produção de leite e, por conseguinte, aumento das taxas de amamentação em pais que receberam programas com base na educação e orientação por meio de panfletos entregues associado a explicação dos conteúdos através de linguagem acessível, em detrimento dos pais que receberam cuidados de rotina.

Outra estratégia que mostrou evidência de resultados positivos na amamentação após a alta hospitalar foi o contacto estabelecido com programas de apoio, incluindo conselheiros de amamentação ainda no ambiente hospitalar (Bennett & Grassley, 2017). A estratégia utilizada foi a criação de um processo de comunicação entre o hospital e os

conselheiros da amamentação, onde eram informados sobre o nascimento de prematuros, e era providenciado o contacto destes com a mãe.

Com o projeto implementado, foi possível estabelecer um processo de comunicação eficiente e sustentável com o hospital, no sentido de fornecer apoio precoce às mães no processo de amamentação de seus prematuros, tendo conseguido resultados satisfatórios.

- *Prolongar o aleitamento materno nos lactentes nascidos prematuras*

Quando se fala em prolongar o aleitamento materno nos latentes nascidos prematuros é evidente que o apoio dos profissionais no sentido de empoderar os pais, em especial a mãe é crucial para desfechos positivos. O estudo de Kuhnly (2015) demonstrou que a decisão de amamentar em conjunto com o apoio contínuo e individualizado foi promissor do aleitamento materno exclusivo e sua continuidade diante de várias barreiras encontradas após a alta hospitalar.

Ainda este mesmo autor referencia no seu estudo que o sucesso no aleitamento materno nos prematuros está fortemente relacionado à gestão de planos acessíveis à mãe e congruente com o seu objetivo de amamentar, devendo respeitar também a sua recuperação física e considerar também orientação dos familiares disponíveis para apoio.

Moudi et al. (2017) também referenciaram que o apoio familiar durante o internamento e após a alta hospitalar por profissionais qualificados, pode promover o aleitamento materno a longo prazo.

Estes autores mencionaram um sistema em linha de apoio on-line para aconselhar as mães como sendo prático no estímulo a confiança das mães no cuidado ao filho, por conseguinte, promissor do aleitamento materno.

Shattnawi (2017) por sua vez alerta para que a atitude dos profissionais especialmente os enfermeiros pode influenciar o comportamento das mães e repercutir significativamente nas suas decisões em amamentar. Isto implica afirmar em qualquer programa onde se pretende implementar medidas de incentivo ao aleitamento materno o apoio desses profissionais também é crucial para resultados positivos.

Identificando e vencendo barreiras na promoção do aleitamento materno

Para a implementação do aleitamento materno exclusivo nos prematuros, certamente existem barreiras que deverão ser enfrentadas, dependendo do contexto onde estas práticas serão executadas.

Shattnawi (2017), no seu estudo tentando compreender as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação às práticas de amamentação, identificou as seguintes barreiras: a falta de salas apropriadas para amamentação e inexistência de áreas específicas para extração de leite; salas de incubadoras sem assentos para os pais, ficando estes de pé por toda a estadia; uso indiscriminado de leites de fórmula infantil; comportamentos e crenças dos profissionais envolvidos nos cuidados; abdicação da responsabilidade para com a promoção do aleitamento materno; discrepância entre os conhecimentos e a realidade das práticas executadas; confiança depositada na tecnologia para salvar vidas, atribuindo menor importância ao aleitamento materno; restrições de tempo devido a sobrecarga de trabalho; fracas condições de trabalho; relações de poder entre enfermeiros e mãe; padrões de comunicação ineficazes; autonomia limitada por parte da equipa de enfermagem.

Fraca produção de leite, nascimentos com prematuros gemelares, dor em partos distócicos e ainda infeções mamária e mastite foram também barreiras apontadas em alguns estudos desta revisão integrativa (Bennett & Grassley, 2017; Kuhnly, 2015).

A decisão dos pais em amamentar e manter a lactação, associada a um forte compromisso dos profissionais em os apoiar foram estratégias que demonstraram resultados positivos frente a algumas barreiras enfrentadas (Kuhnly, 2015).

Shattnawi (2017), por sua vez, recomenda ações que proporcionem um ambiente de apoio, tanto para as mães como para os profissionais de saúde, proporcionando melhorias na qualidade do atendimento, tais como: proporcionar uma cultura de formação contínua com programas sensíveis às necessidades de aprendizagens em harmonia com as necessidades das mães; estabelecer protocolos condizentes com um ambiente favorável à extração, conservação e armazenamento adequado do leite; incentivar os enfermeiros a falar de suas dificuldades, para que recebam apoio da instituição; criar em todos os ambientes hospitalares políticas de incentivo ao aleitamento materno; envolver os pais nos cuidados.

Estalella et al. (2018) especificam como barreira a fraca produção de leite e fornecem orientações chave, tais como: extração de leite manualmente ou por bomba, para aumentar a produção, enfatizar a importância de oferecer ao RN 10 a 12 refeições por dia e suplemento com qualquer quantidade de leite materno obtido após cada mamada, uso

de fórmulas somente por justificção clínica, restrição de protetores mamilares e uso de chupetas para casos específicos.

Discussão

A maioria dos estudos enfatizam estratégias para promoverem o aleitamento materno nas crianças nascidas prematuras, tanto no ambiente hospitalar como também após a alta. Através dos resultados foi possível verificar que a promoção do aleitamento materno é um processo que além de requerer início precoce, requer que seja um processo contínuo onde as diferentes etapas se interligam, o que implica considerar que o sucesso do aleitamento materno a longo prazo depende diretamente dos resultados conseguidos a curto prazo.

Para melhor compreender os resultados, estes foram agrupados em categorias onde a primeira categoria “estratégias promotoras do aleitamento materno no ambiente hospitalar” foi vista como requisito base para resultados positivos em relação a segunda categoria “estratégias promotoras do aleitamento materno após a alta hospitalar”.

Os enfermeiros integrantes da equipa da UCIN são os principais protagonistas para uma alimentação bem-sucedida nos prematuros e, por conseguinte, os principais atores na promoção do aleitamento materno. O aleitamento materno exclusivo nesta população deve ser o menos desafiante possível, tanto para a RNPT como para os pais, o que implica encontrar estratégias acessíveis e passíveis de serem geridas tanto pela equipa como pela mãe/família, para que o sucesso seja alcançado, não só a curto como a longo prazo (Kuhnly, 2015).

Para que o aleitamento materno exclusivo seja iniciado o mais precocemente possível, estimular a maturidade das competências de alimentação por via oral nos prematuros (capacidade e sincronia, procura-sucção-deglutição-respiração) é primordial. Dados de literatura evidenciam que o olfato é essencial para a maturidade alimentar por via oral nos prematuros e que intervenções apropriadas com estimulação olfativa pode acelerar a maturidade oral nos prematuros. Neste sentido estimular o olfato com leite materno vem sendo amplamente recomendada, pois os prematuros preferem não só o leite materno ao de outras mães como o leite humano ao de fórmula (Davidson et al., 2019).

Além disso, esta intervenção pode ser utilizada como uma importante estratégia que favorece a redução do tempo de hospitalização do RNPT, pois a maturidade alimentar por

via oral no RNPT é considerada o principal determinante do tempo de permanência deste na UCIN (Davidson et al., 2019).

Estimular precocemente a alimentação por sucção nos prematuros tem sido associado à redução do tempo de internamento hospitalar (Dadalto & Rosa, 2017).

Simmer et al (2016) também são da opinião de que faz todo o sentido reunir esforços para promover a alta precoce nesta população, pois, além de diminuir a exposição aos riscos associados à hospitalização, possui diversos efeitos positivos e múltiplos benefícios psicossociais para a família e ainda resulta em benefícios económicos significativos para o sistema de saúde.

Davidson et al. (2019) revelaram ainda como associada a estimulação precoce da alimentação por sucção nos prematuros, uma melhor aproximação dos pais aos cuidados ao filho e a consciencialização dos efeitos benéficos do leite materno para o crescimento e desenvolvimento do RNPT.

A estimulação olfativa com leite materno, sendo uma intervenção não invasiva, de baixo custo, segura e benéfica tanto para o RNPT como para a família pode ser facilmente implementada e administrada em qualquer UCIN o que implica que seja considerada uma estratégia acessível aos países com fracos recursos (Davidson et al., 2019).

A nova tetina projetada para assemelhar a sucção ao seio materno nos prematuros, encontrada nesta revisão, também foi vista como um meio eficaz na aceleração da capacidade de sucção nos prematuros com múltiplos benefícios, assim como o estudo supracitado. Este estudo embora não mostre evidências diretas de resultados no aleitamento materno a longo prazo, estando a criança amamentando-se exclusivamente ao seio materno à alta hospitalar é promissor para resultados a longo prazo, pois como referido anteriormente, a promoção do aleitamento materno é um processo contínuo onde as diferentes etapas se interligam (Simmer et al., 2016).

Além disso, é reconhecido que os bebés não estimulados a amamentar exclusivamente terão um maior risco de desmame precoce, não só por fatores associados à criança como também por fatores maternos, tais como, a baixa produção ou a ausência de produção de leite devido a privação do estímulo provocado pela sucção.

É reconhecido que a produção de leite materno é diretamente proporcional ao estímulo provocado pela sucção, isto é, quanto mais a criança sugar ao seio materno maior será a

produção de leite, aumentando assim o tempo de amamentação, seja ela exclusiva que deve ser até aos 6 meses de idade (idade corrigida nos prematuros), seja ela associada a complementos após esta idade.

Na nossa realidade profissional, tenho deparado com vários casos onde os prematuros permanecem internados por meses e as mães, mesmo mantendo a técnica de extração de leite, seja ela por bomba ou manualmente, com o tempo a produção diminui chegando a não conseguirem leite suficiente para todas as mamadas. No entanto, pode também este fator ser agravado pelo facto de estar hospitalizada e ainda acompanhando o stress associado a vivencia da prematuridade.

Embora a literatura tenha evidenciado a relação do desmame precoce com a o uso de mamilos artificiais (Lemes et al., 2015; da Silva & Guedes, 2012), os estudos de Kuhnly 2015 e de Simmer et al. (2016) revistos neste trabalho não mostraram nenhuma evidência de desmame precoce por causa da utilização destes auxílios, tanto na estimulação precoce da sucção, como apoiando o prematuro na sucção ao seio materno.

Pelo contrário, foram encontrados resultados positivos no aleitamento materno exclusivo tanto a curto prazo como a longo prazo com o uso de mamilos artificiais, mediante seguimento adequado de mães com decisão informada de amamentar. Estes resultados implicam considerar que o desmame do seio materno nos prematuros pode estar mais relacionada com condutas humanas do que com instrumentos auxiliares da sucção nos prematuros.

Estes factos podem confirmar o referido anteriormente por Dadalto e Rosa (2017) de que a interferência da chupeta nos resultados da amamentação se pode ocorrer em mães que enfrentam dificuldades e insegurança quanto ao aleitamento materno, ou que estão pouco motivadas para amamentar seus filhos.

Embora não tenha encontrado nos estudos nenhuma evidência do uso de mamilos artificiais para outros fins que não fossem para estimular a sucção e a amamentação ao seio materno, os respetivos resultados parecem confirmar que o uso destes nos prematuros, independentemente do tipo de necessidade evidenciada, podem não interferir com a qualidade da amamentação, seja no ambiente hospitalar, seja após a alta, desde que as mães estejam bem informadas quanto aos riscos associados ao seu uso e os benefícios do aleitamento materno para os lactentes prematuros.

É pertinente relembrar que o contexto onde estas práticas são executadas também assume relevância, pois, o uso de chupetas também se associa a problemas relacionadas com higiene precária, expondo os lactentes ao risco de contaminação (Lemes et al., 2015), levando-os a contrair problemas digestivos, tais como diarreia com consequências mais graves como é o caso da desidratação.

Através do estudo de caso de Kuhnly (2015) foi também possível verificar que diferentes dificuldades na amamentação podem ser colmatadas através de abordagens individuais com foco no desenvolvimento de habilidades da mãe, reconhecendo as suas potencialidades e os pontos fortes da família.

Entre as dificuldades, foi especificado problemas mamários que, tal como refere Ferreira (2019), devem-se principalmente a técnicas de amamentação incorretas, insuficiente esvaziamento da mama ou cuidados de higiene inadequados, sendo estas prevenidas com esclarecimento adequada das mães e segurança durante o processo de amamentação.

No geral, as intervenções em ambiente hospitalar apresentadas nos estudos foram curtas, pois, a maioria dos estudos abordaram intervenções em prematuros tardios. No entanto, ambos tiveram resultados satisfatórios a curto prazo com apoio personalizado dos profissionais. Chama-se a atenção para os programas de follow-up dos prematuros que deveriam engajar estratégias para manter e prolongar a amamentação, pois, sendo a interação com as mães de prematuros nestas consultas um processo contínuo, seria mais fácil perceber sinais de descontinuidade da amamentação e fornecer intervenção oportuna.

Na maioria dos estudos, os enfermeiros assumiram papel de destaque nas intervenções promotoras do aleitamento materno nos lactentes prematuro, no entanto, por outro lado, estes profissionais foram referenciados no estudo de Shattnawi (2017) como potenciais dificultadores, dependendo do contexto onde desenvolviam as suas práticas. Este autor confirmou através de resultados obtidos no seu estudo que as atitudes e comportamentos negativos dos enfermeiros afetaram a confiança das mães em amamentar seus filhos prematuros em UCIN.

Segundo este autor, o stress provocado sobretudo por sobrecarga de trabalho e condições inadequadas para os enfermeiros desenvolverem as suas práticas foram responsáveis por tais comportamentos e fizeram com que os enfermeiros valorizassem os cuidados tecnológicos em detrimento dos cuidados centralizados na família, subvalorizando a

prática do aleitamento materno, mesmo revelando ter conhecimento sobre a importância do leite materno para o desenvolvimento dos prematuros.

Segundo Oliveira (2016), se por um lado os profissionais de saúde podem ser aconselhadore fiáveis do aleitamento materno, por vezes podem constituir-se como verdadeiros obstáculos por falta de preparação e formação para informar e apoiar as mães na decisão de amamentar.

Promover o aleitamento materno nos prematuros em UCIN e prolongá-lo após a alta hospitalar implica não só facultar apoio aos prematuros e suas famílias, como também reconhecer os enfermeiros enquanto profissionais com um valor fundamental neste processo, necessitando também de apoio. No entanto, para que estes recebem apoio adequado, deverão comunicar suas necessidades dificuldades vivenciadas bem como seus anseios (Shattnawi, 2017).

É possível encontrar dados confirmando estes factos na literatura, justificando deste modo a importância de apoiar e incentivar estes profissionais para que as informações e práticas a favor do aleitamento materno sejam eficazes e continuadas (Oliveira, 2016).

Quanto aos programas de apoio após a alta hospitalar, evidenciados por Bennett e Grassley (2017), estes podem fornecer apoio às mães de prematuros amamentando após a alta, contudo, é necessário estabelecer contacto com estas mães ainda no ambiente hospitalar.

Isto implica afirmar que as estratégias promotoras do aleitamento materno nos prematuros após a alta hospitalar, em parte, dependem dos resultados conseguidas com as estratégias implementadas precocemente ainda no ambiente hospitalar.

Parcerias semelhantes podem ser formadas entre os sistemas de saúde e a comunidade para criar caminhos organizacionais que facilitem a continuidade do apoio à amamentação, vencendo assim as barreiras que possam comprometer os resultados de aleitamento materno nos prematuros ao longo prazo (Oliveira, 2016).

Conclusão

Mediante a análise dos artigos foi possível agrupar três categorias onde as estratégias promotoras do aleitamento materno foram analisadas com base em evidencias recentes.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria nas suas práticas deve adotar um modelo conceptual, onde o alvo de seus cuidados não seja simplesmente

a criança, mas também a sua família, sendo esta prática executada em qualquer contexto onde se insere as suas intervenções. Pela sua presença constante e sua visão integral, em se tratando da promoção do aleitamento materno em crianças prematuras, pode desempenhar um papel crucial, identificando precocemente sinais sugestivos de dificuldades tanto nas mães como nos bebês e prestar apoio adequado precocemente.

Com esta revisão integrativa foi possível resumir orientações para implementação de estratégias promotoras do aleitamento materno nos lactentes nascidos prematuros, sendo a maioria acessíveis para diferentes contextos, incluindo os com fracos recursos, necessitando apenas de mudança de atitudes.

É reconhecido que taxas mais elevadas de prematuridade se verifica nos países de baixa renda e é onde os recursos são mais escassos, necessitando de estratégias acessíveis para vencer tais constrangimentos.

Implementar estratégias de estímulo ao aleitamento materno significa ampliar os conhecimentos sobre o aleitamento materno nas estruturas de apoio, orientar as atitudes das mães e familiares favorecendo o empoderamento, facilitação do acesso aos serviços e contacto com conselheiros experientes.

Os resultados presentes nesta revisão integrativa acerca das estratégias promotoras do aleitamento materno nos lactentes nascidos prematuros permitem uma visão resumida desta temática, no entanto, fica a sensação de que esta é apenas um começo e que mais estudos poderão ser feitos para ampliar os conhecimentos.

O aleitamento materno nos prematuros é uma temática vasta, com um amplo campo de pesquisa, merecendo investigação para que os seus benefícios sejam melhor aproveitados nesta população.

Sugestões para a prática

Tendo em conta que o aleitamento materno é mais estudado em RN de termo do que nos prematuros, seria necessário explorar as respostas quanto às estratégias utilizadas para promover o aleitamento materno comparando estas duas populações que possuem particularidades distintas.

Considerando os resultados desta revisão, os enfermeiros são os profissionais que estão em melhor posição para promover a mudança de comportamentos com relação ao aleitamento materno nos prematuros, por isso implementar políticas de formação

contínua nas UCIN para manter os enfermeiros atualizados sobre as práticas de promoção do aleitamento materno nos prematuros deve ser prioritário.

Estabelecer protocolos para a prática de extração, conservação e armazenamento do leite, uma vez que através destes é possível conseguir o aumento da produção e stock de leite suficiente para garantir alimentação adequada dos prematuros.

Ponderar a implementação de assessórios utilizados na amamentação, considerando as necessidades de cada prematuro e avaliando a sua eficácia quanto aos riscos e benefícios, tendo em consideração a realidade de cada contexto.

Desenvolver técnicas de comunicação eficiente entre serviços que possam ajudar na promoção do aleitamento materno e apoiar as mães de prematuros após a alta hospitalar seria pertinente.

Também seria pertinente organizar estratégias para promover a sucção precoce nos prematuros não só pelo facto de acelerar a aquisição de habilidades de sucção, como também pelos diferentes benefícios a ela associada, tais como a redução do tempo de hospitalização.

A UCIN da MBB tem algumas estratégias implementadas quanto à promoção do aleitamento materno nos prematuros sendo elas extração de leite com bombas numa sala organizada especificamente para este fim, orientações escritas sobre extração e conservação de leite materno, ensinamentos individuais sobre a importância de manter a lactogénese, apoio às mães para ficarem próximos dos filhos durante o período de internamento, fornecimento de bombas de extração com copos esterilizados para extrair e armazenar o leite em casa, bem como orientações para o seu transporte.

2.2.4 Módulo IV- Envolvimento e capacitação dos pais para a parentalidade.

Durante o internamento na UCIN é visível a preocupação especial dos enfermeiros com a parentalidade.

Similarmente, as políticas de humanização nas UCIN preconizam que os pais sejam acompanhantes de seus filhos durante o internamento, sendo neste contexto os pais vistos como imprescindível no desenvolvimento saudável do RNPT (Rubia & Torati, 2016), estando estes princípios em concordância com as atuais filosofias de CCD referidos anteriormente neste relatório.

Perante estes preceitos, a família é amplamente considerada na UCIN da MBB como pedra basilar nos cuidados ao RNPT, sendo promovida a sua inserção nos cuidados de forma precoce, mantendo o respeito pela individualidade, proporcionando-lhes orientações e suporte nos diferentes momentos de interação.

Essas intervenções são concordantes com o proposto por Gomes, Silva, Capellini e Santos (2017), no sentido em que os profissionais que trabalham na UCIN devem estar aptos para amenizar os danos emocionais a que os familiares estão sujeitos por meio de uma assistência humanizada, prestada de forma integral, tanto aos pais como ao RN, atendendo as suas necessidades individuais, apoiando-os e incentivando-os a participar nos cuidados.

Sendo assim, é bem visível na UCIN um foco de atenção de enfermagem que é referenciada na literatura como parte integrante do CCD, isto é, os CCF. A filosofia de cuidados na UCIN assenta no envolvimento dos pais nos cuidados e na parceria de cuidados com os mesmos.

Prestar cuidados em parceria com os pais, implica o envolvimento e a capacitação dos mesmos para que as respetivas intervenções sejam desenvolvidas de forma segura e voltadas para desempenho adequado do papel parental. Considerando a relevância do papel dos pais no cuidado ao filho, tanto nos primórdios de suas vidas como nas etapas de desenvolvimento subsequentes, é imprescindível que o ambiente seja propício ao desenvolvimento de tais intervenções.

O Módulo seguinte centra-se nesta problemática.

Objetivos:

- Conhecer os projetos de intervenção precoce integrados na preparação para a parentalidade;
- Analisar criticamente as práticas de cuidados observadas numa UCIN enquanto promotoras de parentalidade.

A parte observacional deste módulo foi realizada sobretudo na UCIN da MBB, no entanto, foram realizadas algumas horas de observação na UMMF, relacionadas ações de intervenção precoce na preparação para a parentalidade em contexto de prematuridade.

Conhecer os projetos de intervenção precoce integrados na preparação para a parentalidade

Durante a gravidez, o casal constrói sonhos, fantasias, imagens e expectativas em redor de um filho que eles imaginam com um rosto bonito, saudável, ativo e perfeito. No entanto, quando por algum motivo o nascimento se dá prematuramente, deparam com um ser pequeno frágil, desfazendo todo o sonho e envolvendo-os em profunda tristeza, sentimento de culpa e ao mesmo tempo de medo, de perda, criando ansiedade, depressão e stresse, que por vezes pode até levar ao afastamento da criança (Barradas, 2008).

Por isso, Silva (2015) recomenda que as mulheres apresentando gravidez de baixo/médio risco devem iniciar os programas de preparação para a parentalidade preferencialmente às 28 semanas de gestação.

A gravidez, em si, já é uma situação geradora de alguma labilidade emocional, sendo esta sentida e vivida de forma individual, dependendo da personalidade da mulher, da qualidade de apoio que recebe, das condições a que está sujeita e de suas estratégias de *coping* (enfrentamento). Nestas mulheres, quando sujeitas a alguma complicação, o sofrimento psicológico frequentemente se associa, e ainda mais quando há necessidade de hospitalização, ficando, nestes casos, especialmente vulneráveis e necessitando de cuidados especiais (Correia, 2017).

É notório que pais preparados antecipadamente para receberem um filho prematuro podem demonstrar melhor resiliência frente ao evento, em comparação com os pais em que a situação se apresentou como surpresa, pois estes podem estar mais despreparados para o enfrentamento, repercutindo-se as situações em consequências negativas tanto em âmbito da parentalidade positiva como em âmbito do estabelecimento da vinculação. Estas situações podem trazer consequências que podem influenciar negativamente a estabilidade familiar, repercutindo-se também negativamente no processo de crescimento e desenvolvimento do RNPT, tanto a curto como ao longo prazo.

Frente à ameaça de TPPT, o casal além de necessitar de tratamento médico específico, necessita de apoio emocional por parte dos profissionais, sendo o enfermeiro visto nessas situações como amparo e um elo especial de ligação com a equipa multidisciplinar.

Durante as horas de observação dos cuidados, foi possível ver na prática o papel do enfermeiro frente ao luto relacionado com o risco de parto pré-termo, o apoio oferecido tanto à mulher como ao casal em situação de stresse e ainda a sua intervenção na equipa

multidisciplinar. Esta situação foi evidente em momentos em que a grávida necessitava de intervenção específica da equipa multidisciplinar e a enfermeira informava os elementos da equipa, zelando para que a intervenção fosse realizada.

Uma situação particularmente importante foi a observação da assistência de enfermagem a uma grávida de gémeos, de idade avançada, com 25s de IG, internada na enfermaria havia um mês por risco de TPPT, associado a patologia materna. A grávida estava submetida ao repouso no leito, medicada diariamente com vários fármacos, e ainda sujeita a várias colheitas de espécimes para exames complementares de diagnóstico. Encontrava-se com uma enorme carga de stresse, gerado não só pelo medo relacionado com a sua patologia e a ansiedade pelo desconhecido relacionado com a prematuridade, como também pelo efeito da hospitalização prolongada. Revelava no seu discurso que a gravidez foi planeada com anseio por um filho saudável, mas, no entanto, viu-se perante uma situação em que teria que aceitar situações inesperadas com expressões do tipo: “perante a gravidez nem sempre o que se planeia é o real com que se depara (...) a gravidez é repleta de surpresas e temos que viver um dia de cada vez (...) muitas vezes dói ouvir a verdade, mas preciso de toda a informação possível perante a minha situação e a dos meus bebés”.

Lima, Santos, Santos, Chistoffel, Kerber (2018) encontraram evidências na literatura de que, frente a ameaça TPPT, é comum a grávida além de manifestar sentimentos negativos, como frustração, agitação, confusão, instabilidade e culpa, associar ainda sofrimento psíquico relacionada com a possibilidade de desfechos negativos para o filho, mostrando ausência de recursos internos para enfrentar a situação.

Neste caso, mais do que executar procedimentos técnicos, a enfermeira proporcionou apoio emocional, possibilitando a expressão dos sentimentos que inquietavam a grávida, questionou sobre suas dúvidas, permitiu que falasse o que lhe apetecia, chorar, sendo ouvida e orientada de forma paciente com informação clara e sem juízo de valores, o que a motivava a livrar-se cada vez mais das suas angústias, mostrando sensação de alívio, à medida que a conversa fluía, atenuando assim a crise de ansiedade do momento.

A enfermeira procurou que o discurso fosse assertivo e coerente, sem omissão da verdade e zelando para que houvesse intervenção da equipa multidisciplinar quando necessário. No final do discurso, a grávida se mantinha firme, revelando sensação de alívio e

manifestando interesse na busca de informação pelo desconhecido com relação a todo o processo da sua gravidez.

Esta nova práxis assistida, nunca vivenciada antes na minha experiência profissional, levou-me a fazer pesquisas e refletir mais sobre o processo de articulação dos profissionais na preparação não só da grávida de risco em si, como em companhia com o parceiro no processo de suas vivências frente ao enfrentamento da hospitalização associada ao risco de perda do filho ideal esperado.

Nestas pesquisas encontrei evidências de que mães com elevados níveis de stresse são mais propensas a desenvolverem sintomas de depressão pós-parto, e ainda, em ambos os pais, pode ser passível a observação de comportamentos negativos, tais como, ansiedade, transtorno de stresse pós traumático e padrões parentais disfuncionais (Melnik & Feinstein, 2009; Villamizar-Carvajal, Vargas-Porras, & García-Corzo, 2018).

Foi possível também observar a organização do trabalho de enfermagem frente aos procedimentos terapêuticos realizados, a continuidade dos cuidados na passagem de plantão e o seguimento da grávida durante o turno. Este momento é visto como espaço privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada grávida e seu parceiro, respeitando tanto a individualidade do casal como também da grávida em particular.

Foi também visível a preocupação e o zelo para que haja uma comunicação eficiente entre os serviços, que possivelmente darão continuidade ao processo de assistência ao casal em ameaça de TPPT. Neste caso, podemos salientar a preocupação em fazer com que o casal se aproxime da UCIN, o que, segundo relato da enfermeira, se tem revelado como uma ação moderadora frente ao medo e a incerteza diante do desconhecido que premeiam. Esta ação vai ao encontro do evidenciado por Frade (2015), quando alude que, frente à prematuridade, a intervenção ainda no pré-natal, facilitando o contacto dos pais com a UCIN, reduz o stresse a que estes estão sujeitos.

A enfermeira vendo que a grávida se encontrava disposta a receber informação sobre o processo de prematuridade em si, logo pediu apoio de uma colega da UCIN no sentido de conseguir meios que a ajudassem a minimizar o stresse e a angústia dessa mãe através de intervenções realizadas em articulação com os enfermeiros deste serviço.

Esta articulação é evidenciada em intervenções através do programa “MÃE” – Motivar, Articular, Estimular, que é desenvolvido pela equipa de enfermagem da UCIN em

articulação com a equipa da UMMF, no sentido de aproximar precocemente os pais da unidade, proporcionando familiarização não só com a unidade e os equipamentos, mas também com o pessoal, favorecendo assim sensação de confiança e de segurança, desmistificando o medo do aparato tecnológico e minimizando a ansiedade pelo desconhecido.

Este programa também pode ser visto como facilitadora da parentalidade positiva, uma vez que ajuda o casal a minimizar as respostas negativas frente aos acontecimentos inesperados.

Estas intervenções são concordantes com Lima et al. (2018), ao afirmarem que frente a ameaça de parto pré-termo, os profissionais devem procurar compreender o significado atribuído à vivência da mesma, identificar possíveis alterações afetivas cognitivas e comportamentais, a fim de oferecerem suporte no sentido de enfrentar a situação da melhor forma possível.

Ainda no contexto de interação, destaca-se a comunicação com o bloco de partos nas transferências da grávida, onde é a própria enfermeira responsável pelos cuidados que acompanha a parturiente até o referido serviço, fazendo zelo para que a continuidade dos cuidados seja o mais eficiente possível.

Perante estas intervenções, a enfermagem assume papel de mediador entre a equipa de enfermagem e os demais profissionais que compõem a equipa multidisciplinar, identificando os problemas, tomando decisões, planeando e implementando intervenções, mostrando assim autonomia profissional no processo de cuidar. Para isso, o enfermeiro responsável pela gestão dos cuidados terá de conhecer o nível de complexidade de cada paciente e assumir, além do papel técnico, uma atitude crítica e reflexiva e fazer com que a equipa seja coesa e trabalhe mediante os padrões estipulados na organização, mantendo organizado o processo de cuidar em enfermagem nos seus variados âmbitos.

Analisar criticamente as práticas de cuidados observadas numa UCIN enquanto promotoras de parentalidade.

Quando se fala do nascimento prematuro, a literatura evidencia que o sofrimento dos pais é imenso, pois o filho real com que deparam difere do imaginado, com necessidades diferentes e imprevisíveis, exigindo dos dois e de cada um em particular maiores adaptações e responsabilidades. Estes vivenciam o impacto de forma diferente dependendo do apoio que recebem (Barradas, 2008; Fernandes & Silva, 2015).

Ao longo da hospitalização, estes pais, em especial a mãe, enfrentam grandes dificuldades, tais como, dificuldade de aceitar o bebê, que é diferente do imaginado; a separação física, devido às necessidades de cuidados relacionados com a prematuridade; a incapacidade de cuidar do filho e o medo da morte do mesmo (Marciano, 2017).

Estudos realizados em follow-up revelaram que os bebês que foram percebidos de forma negativa possuem maior risco de desenvolver problemas comportamentais e emocionais (Hockenberry & Wilson, 2014). É neste sentido que durante a hospitalização o apoio recebido pelos profissionais de saúde e dos familiares revelam como suporte para enfrentamento das suas angústias e resgatarem as suas competências parentais (Marciano, 2017).

Para Cavaggioni, Tomaz e Benincasa (2018), a mãe necessita do apoio do pai no cuidado ao filho prematuro, tornando assim possível estabelecer um ambiente propício ao seu desenvolvimento desde o início de sua vida, promovendo deste modo o seu desenvolvimento biopsicoafetivo e sua saúde mental, pois, estando os pais juntos, propiciam as bases do sentido de família, uma vez que são estes considerados os principais responsáveis pelas suas características estruturais.

Os enfermeiros são os profissionais com oportunidade singular para ajudar o casal a enfrentar esta experiência potencialmente difícil e disruptiva, no entanto, para tal, devem conhecer as necessidades individuais de cada família, pois podem apresentar necessidades diferentes e por conseguinte carenciadas de intervenções específicas.

Contudo, para que os pais possam assimilar e assumir os seus papéis, o processo de transição deve ser bem-sucedido. Transição significa a passagem de uma fase de vida, condição, ou *status*, para outra, incluindo ao mesmo tempo um período de reorganização ou transformação interna e, sendo ela um processo que acompanha o ser humano ao longo de sua vida, o enfermeiro deve estar preparado para assistir as pessoas vivenciando transições, cabendo-lhes o dever de informá-los e prepará-los através de aquisição de novas habilidades relacionadas com as experiências da transição (Meleis, 2010).

Após análise de vários estudos sobre transições, esta autora criou a teoria de médio alcance que permite entender melhor este processo, identificando quatro tipos de transições que os utentes ou famílias enfrentam e que são relevantes para a prática de enfermagem: desenvolvimental, situacional, de saúde-doença e organizacional, sendo a parentalidade incluída no tipo transição desenvolvimental, situacional e de saúde-doença,

pela necessidade de adaptar às mudanças frente ao nascimento de um filho ou pela necessidade de adaptação a uma possível crise derivada do nascimento de um filho prematuro.

Do ponto de vista teórico, percebe-se que a transição para a parentalidade é marcada essencialmente pelas mudanças psicológicas internas e de organizações de papéis, sendo estas intimamente relacionadas não só com o nascimento do filho como também com o relacionamento do próprio casal e entre estes com os familiares e amigos. Sendo assim, cabe ao enfermeiro compreender como o processo é vivenciado, quais os recursos pessoais familiares e sociais disponíveis e estar apto a apoiar a família na procura de soluções para satisfação das suas necessidades transicionais (Vieira & Reis, 2017).

Mediante o exposto, sempre que se deteta uma situação sugestiva de comprometimento do processo parentalidade, os pais devem ser orientados sem emissão de juízo de valores. Na UCIN é discutido nas reuniões de passagem de turno, as possíveis estratégias para promover o contacto precoce com os seus filhos proporcionando assim continuidade na prestação de cuidados frente a promoção da parentalidade.

A parentalidade positiva, segundo a ICN (2016) é um processo de:

Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser pai/mãe; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento da criança; interiorização das expectativas dos indivíduos, amigos, famílias e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (p 70)

Lopes et al. (2010) referem que, no processo de parentalidade positiva, existe um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, com fundamento alicerçado nos seus direitos, visando a satisfação das suas necessidades básicas, mediante proteção contra riscos e promoção de um ambiente favorável ao seu crescimento e desenvolvimento, sendo o envolvimento parental positivo, o relacionamento e o carinho parental, variáveis essenciais na sua promoção. Estes autores consideram ainda que reconhecer a individualidade, considerar a possibilidade de haver necessidades distintas, implicando orientação para apoio diferenciado, pode favorecer o bem-estar e vivência mais adaptada da transição para a parentalidade.

Brás (2014) em concordância com o anterior citado, alude que na parentalidade positiva os pais desenvolvem actividades quotidianas correspondentes às diferentes necessidades

da criança, envolvendo um conjunto complexo de responsabilidades a ser empreendido por eles.

Os pais, para empreenderem o seu papel e suas responsabilidades, precisam compreender o desenvolvimento da criança nas suas diferentes etapas e estar cientes de que as necessidades do filho vão além de questões relacionadas com o ambiente físico, sendo a proximidade pais-filho, o afeto e o contacto físico, igualmente imprescindível para a recuperação e o desenvolvimento do RNPT. Para isso, precisam de apoio constante dos profissionais de saúde, em que o enfermeiro assume posição de destaque pela sua proximidade com eles e também pela parentalidade ser um dos seus focos de atenção profissional (Frade, 2015; Hockenberry & Wilson, 2014; Lopes et al., 2010).

Na UCIN, as mães que por algum motivo apresentem dificuldades em permanecer no domicílio e manter contacto efetivo com o filho, podem ficar alojadas num espaço próprio disponível na maternidade (casa das mães), para que tais impedimentos não comprometam o papel parental. Em todos os casos, os pais são orientados em como manter contacto com o serviço e estabelecer relação próxima com o filho.

Fernandes e Silva (2015), num estudo sobre vivências de pais com RNPT internados, encontraram evidências de que a hospitalização interfere na adaptação à parentalidade com repercussões negativas na vinculação mãe/pai e filho. Também foi evidenciado que a possibilidade de a mãe ficar internada ou estar mais próxima do filho ajuda na criação de laços afetivos, gerando por conseguinte ambiente favorável ao processo de vinculação.

A vinculação acompanha a parentalidade e, sendo ela um processo complexo que se desenvolve gradualmente, não pode ser avaliada apenas por observação de atitudes e comportamento dos pais, sobretudo nos primeiros contactos com o filho (Hockenberry & Wilson, 2014). As intervenções de enfermagem devem manter foco voltado para a sua promoção, sendo o processo tanto mais seguro quanto mais precocemente for estimulado e melhor for a qualidade da interação (Frade, 2015).

Na UCIN, mediante situações onde os pais demonstram indícios de indiferença perante o RN é considerado a possibilidade da criança se encontrar em risco de não receber os cuidados essenciais ao adequado crescimento e desenvolvimento, sendo esses casos referenciados, e disponibilizado a continuidade das intervenções propícias para além da hospitalização.

Esta conduta, percebida no relato das enfermeiras, não foi observada durante o contexto de estágio, por não se verificar uma situação problemática deste género. No entanto, cabe realçar que existe equipa de intervenção precoce que, além de outras intervenções na relação pais/filho, preparam e monitorizam o processo de vinculação, visando segurança no crescimento e desenvolvimento da criança.

Para Hockenberry e Wilson (2014) quando os pais revelarem indícios de comportamentos relacionados com o comprometimento do processo de vinculação, a enfermagem deve seguir com a sua intervenção, proporcionado gradualmente a proximidade com o bebé, sem culpabilizá-los por não se sentirem envolvidos por laços afetivos fortes especialmente numa fase inicial. É provado que essa proximidade pode contribuir para o estabelecimento de uma relação de afeto.

No entanto, Clevende (2008) recomenda que o enfermeiro antes de intervir deve conhecer as principais necessidades parentais em UCIN, especificando entre elas, informação clara e precisa, participar nos cuidados, vigiar constantemente o filho e protegê-lo, contacto físico constante, ser entendida positivamente pela equipa, atendimento personalizado, relacionamento terapêutico com a enfermagem. Por outro lado, especifica os comportamentos dos enfermeiros que ajuda a superar essas necessidades, tais como: empoderamento dos pais, ambiente acolhedor com apoio emocional, educação dos pais com oportunidade de treinar as suas habilidades de forma guiada pela equipa.

Reconhecer o estado emocional dos pais, proporcionar-lhes recursos de acordo com as suas necessidades, dar-lhes informações compatíveis com as necessidades desenvolvimentais e clínicas, facilitar o contacto e o toque positivo, capacitá-los e envolvê-los nos cuidados, segundo o nível desejado, são intervenções que regem os planos de cuidados na UCIN. Estas intervenções são realizadas de forma individualizada, de acordo com as necessidades apresentadas, pois é entendido que a prematuridade envolve os pais num mundo conturbado, onde o contexto de cuidado é totalmente diferente do idealizado e, possivelmente, preparado.

Isto implica considerar que os pais são vistos como parceiros nos cuidados, sendo reconhecido não só a sua importância na recuperação e desenvolvimento do RNPT, como também a importância de lhes oferecer segurança e conforto, proporcionado assim estabilidade da unidade familiar durante a fase de possível crise, que frequentemente acompanha a vivência da prematuridade.

Isto nos remete ao referido pela OE (2017), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção, a promoção da autonomia, do mesmo modo que uma visão global da criança/jovem e das suas intrínsecas crenças e capacidades. Neste contexto, procura-se caracterizar o nível de participação dos pais, mediante um processo de negociação, liderança e decisão, que incorpora a sua participação nos cuidados de menor à maior complexidade à criança/jovem, sendo este processo caracterizado pela supervisão da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (p 4)

Nesta perspetiva, a prática de cuidados evidencia o Modelo cuidados centrados na família, sendo este que suporta a filosofia dos cuidados na família na UCIN. Neste modelo, sendo a criança alvo dos cuidados e a família a principal prestadora dos mesmos, estes devem ser encarados, igualmente, pelo enfermeiro como alvo de suas intervenções (Freitas, 2014).

No modelo de parceria de cuidados de Casey, a família é vista como promotora de bem-estar da criança, tanto no presente como no futuro, admitindo esta como melhores prestadores de cuidados mediante proteção estímulo e amor ao filho, preservando simultaneamente o crescimento e o desenvolvimento. Similarmente, é necessário estabelecer uma relação de confiança entre a equipa de enfermagem e os pais, alicerçada no respeito por estes e nas suas necessidades (Freitas, 2014), estando estes preceitos explícitos nas intervenções de enfermagem e observados nas famílias através da liberdade de expressão ao interagirem com a equipa.

Para facilitar esta adaptação aos cuidados, os pais permanecem no serviço em horário alargado com acesso livre durante o dia e possuem liberdade de escolha para permanecer em alojamento próprio na maternidade, se por algum motivo possuem dificuldade no trajeto casa/UCIN, facilitando assim o contacto próximo com a unidade.

Cabe realçar que da observação dos procedimentos realizados e dos protocolos seguidos pela equipa de enfermagem, fazer com que os pais permaneçam no serviço e participem nos cuidados ao filho, mais do que seguir o modelo de parceria de cuidados, é promover a capacitação e o empoderamento desses pais para que se assumam como principais protagonistas nos cuidados ao filho, não só durante a hospitalização enquanto prematuros, como também nas etapas de desenvolvimento subsequentes, sendo este um dos princípios dos CCF.

Neste sentido, emergem três tipos de intervenções realizadas em parceria com os pais na UCIN da MBB: Intervenções que as enfermeiras realizam com a participação dos pais; cuidados que os pais realizam mediante supervisão de enfermagem; cuidados que os pais realizam com autonomia.

Intervenções que as enfermeiras realizam com a participação dos pais

Nessas intervenções, dependendo do estado clínico do RNPT, os pais, caso desejarem podem participar com a enfermeira em alguns procedimentos, tais como: banho quando o RNPT se encontra em cuidados intermédios, sendo que no primeiro banho apenas assumem como observadores, onde são orientados e informados sobre os procedimentos; colocar o leite na seringa adaptada a sonda gástrica enquanto a enfermeira se ocupa do outro filho, no caso de gémeos, ou mesmo segurar a sonda enquanto se adapta a seringa para administração do leite; acariciar o bebé após ter visto como o fazer; cuidados de higiene e conforto; avaliação dos sinais vitais. Cabe realçar que os pais só apoiam nesses procedimentos após serem ensinados e sentirem seguros para o fazer, sendo sempre respeitado as suas decisões, sem, no entanto, esquecer de convencê-los a integrarem gradualmente nos mesmos.

Cuidados que os pais realizam mediante supervisão de enfermagem

Vestir, alimentar o filho por biberão, troca de fralda e colo, são os procedimentos que os pais mostram mais segurança em realizar de forma independente, especialmente quando estes se encontram em cuidados intermédios. Outro procedimento realizado frequentemente pelos pais é a administração de terapêutica oral, no entanto, o medicamento é entregue já com a dosagem definida e pronta a ser oferecido ao filho.

Cuidados que os pais realizam com autonomia

Os cuidados prestados de forma autónoma e que os pais sentem segurança em realizar e fazem quase sem questionamentos são a colocação da chupeta para consolo, quando o bebé chora, acariciar e segurar as mãos, o toque carinhoso, medidas de conforto para adormecer, troca de fraldas e vestir, sendo esta autonomia verificada com maior ênfase quando o filho já se encontra em cuidados intermédios. O controlo do horário de alimentação, tanto quando o filho é alimentado por fórmula ou quando este é alimentado ao seio materno é muito bem assegurado pelos pais após orientação. Os cuidados relacionados com a extração e conservação de leite materno e manipulação das bombas de extração de leite são igualmente assegurados após ensino.

Todas estas intervenções são facilitadas pelo método de organização de trabalho de enfermagem em vigor na UCIN, isto é, o método individual. Neste método, o enfermeiro assegura avalia e coordena todos os cuidados, possibilitando planos de cuidados mais específicos, devido ao melhor conhecimento do cliente e interação com este durante o turno. Ainda, devido a percepção de quem é responsável pelo cuidado, a responsabilidade aumenta, elevando consequentemente a satisfação do cliente, devido ao sentimento de confiança. No entanto, exige maior dotação de pessoal e mais competências por parte dos enfermeiros para que não haja assimetria nos cuidados prestados de um turno para outro (Silva, 2017).

Cabe evidenciar que prestar cuidados em parceria, não significa que os enfermeiros estejam privilegiados por não desempenharem diretamente alguns procedimentos, pois a responsabilidade última cabe ao enfermeiro responsável pelos procedimentos realizados ao RNPT durante a hospitalização. Isto vai ao encontro do referido por Hockenberry e Wilson (2014), que realçam que os pais não são vistos como técnicos mas sim como parceiros da enfermagem, devendo ser orientados em qualquer procedimento a ser realizado. Tais preceitos implicam admitir que, quando em algum momento os pais aparentarem autonomia, não significa que seja motivo para descurar a vigilância e orientação em algumas circunstâncias.

Todas essas práticas são evidenciadas nas intervenções de enfermagem na UCIN, pois no relato e nas ações de enfermagem é bem visível que estas possuem consciência de sua responsabilidade pelo cuidado à criança durante a hospitalização e assegurar a continuidade do mesmo além dá alta, o que implica que estas estejam sempre alerta e disponíveis para orientação dos pais, mesmo nos procedimentos básicos.

O contacto pele-a-pele é igualmente visto pelo pessoal de enfermagem como uma prática que, além de proporcionar desenvolvimento adequado ao RNPT (especialmente como intervenção que favorece o ganho de peso), ajuda a proporcionar o vínculo, sendo esta bem organizada através do Método Canguru, prática esta, não só implícita nas filosofias atuais de CCD referida anteriormente, como também recomendada atualmente pela OMS com base em evidências atualizadas.

Na unidade, a prática do Método Canguru é desenvolvida em qualquer hora durante a estadia diária dos pais, sendo praticada tanto pelo pai como pela mãe. Os pais usufruem de liberdade para escolherem qual deles o praticam e o horário também muitas vezes é

estabelecido de acordo com as suas possibilidades e em harmonia com a organização das intervenções de enfermagem. Esta é mais uma intervenção de enfermagem desenvolvida no sentido de humanizar os cuidados em UCIN, o que também implica afirmar que é mais uma prática de CCD desenvolvida por esta equipa.

Este método além de estar associada ao processo de vinculação pais-filho também é favorável ao processo de promoção do aleitamento materno, que como referido anteriormente, é desenvolvido e estimulado pela equipa da UCIN.

A enfermagem além de preocupar com uma transição parental bem-sucedida durante a hospitalização do RNPT, preocupa-se em manter efetivo o processo para além da mesma, procurando oferecer a família meios que lhes proporcionem apoio e segurança ao regressarem para casa.

Estas intervenções são realizadas através de atividades que promovem a partilha de experiências com a família dos RNPT, dentre elas, - “Associação dos Bissaynhos Nascidos Antes do Tempo”, sendo estas enquadradas no projeto de humanização dos cuidados ao RNPT (Associação dos Bissaynhos Nascidos Antes do Tempo, 2019b)

Com sede na MBB, esta associação possui como missão promover o bem-estar do RNPT/família minimizando o sofrimento e a angústia associada à vivência da prematuridade, continuar com as intervenções relacionadas com a promoção da vinculação, o que resulta em desfechos positivos no crescimento e desenvolvimento desses bebés, tanto a curto como a longo prazo. O seu logotipo pode ser adquirido na UCIN ou nos locais onde a associação está representada, sendo as receitas revertidas na sua totalidade a favor da instituição. Conta ainda com o apoio de donativos e do trabalho de alguns voluntários, como, por exemplo, na confeção de botinhas casacos e gorros para proteção dos bebés.

Através desta organização, é assegurada na UCIN algumas intervenções integradas tanto no processo de parentalidade positiva como no processo de vinculação, a saber: tornar o ambiente da UCIN o mais acolhedor possível, com decoração apropriada em diversas épocas comemorativas (ex. dia da prematuridade, dia do pai, dia da mãe...); desenvolver datas especiais para os prematuros e os pais em sentido comemorativo (cheguei a 1 KG, 1 mês, diploma do primeiro canguru); promover contacto com as crianças nascidas prematuras após 1 ano de vida, através do envio de postal do 1º aniversário; organizar encontros em datas especiais entre outras.

Além desta associação, existe um grupo de mães da UCIN no Facebook, criado e gerido pelo pessoal de enfermagem, do qual fazem parte pais de prematuros que tiveram seus filhos internados na UCIN, com o intuito de promover troca de experiências, reduzindo assim o impacto negativo da prematuridade na dinâmica familiar.

Importa ainda referir os mimos dos pais oferecidos aos profissionais que se encontram embelezando o espaço físico, tais como: fotografias dos Ex-prematuros mostrando etapas de desenvolvimento, versos de agradecimentos, o que implica considerar que estes recordam o serviço como se fosse uma primeira casa onde viveu a família e onde ultrapassaram um momento de grande fragilidade de forma positiva com apoio e segurança oferecida por toda a equipa da UCIN. Estes gestos também se revelam como meios para fortalecer os novos pais ao iniciarem a luta de enfrentarem o internamento de um filho prematuro.

Mantendo comunicação efetiva e envolvendo os pais na prestação de cuidados por meio de negociação e partilha, o enfermeiro promove não só o desenvolvimento de habilidades relacionadas com a satisfação das necessidades do filho, como também o desenvolvimento das competências parentais.

Estes princípios de organização de cuidados apresentados vão ao encontro dos princípios que orientam os cuidados centrados na família, isto é, dignidade e respeito, compartilha de informação pertinente, participação e colaboração dos pais, podendo ser praticados em unidades de saúde em todos os níveis de atenção e não que se encontram fora do alcance dos países com sistemas de saúde menos desenvolvidos. Implica apenas conhecimento e sistemas de organização adequados (WHO & UNICEF, 2019).

O enfermeiro assume papel de destaque nestas intervenções e a parentalidade é, segundo Meleis (2010), um dos processos de transição desenvolvimental e que recebe maior atenção por parte da enfermagem. Cuidados de alta qualidade ao RNPT requerem enfermeiros com habilidades, treinados e motivados para cuidar não só na assistência ao RNPT como também habilitados e motivados para trabalhar em parceria com pais e familiares (WHO & UNICEF, 2019).

Durante o estágio, além da observação das intervenções dos enfermeiros, pela minha interação com os pais, pude perceber que tinha conseguido desenvolver capacidade de comunicação efetiva com estes através de escuta ativa e interação confiante no apoio à

parentalidade em contexto de prematuridade, tentando transmitir tranquilidade durante a prestação de cuidados, mesmo estando num contexto cultural diferente.

Foi também importante observar sentimentos de frustração, tristeza e revolta associada à prematuridade, desde situações de ameaça de TPPT até à vivência do internamento do filho prematuro em UCIN, e constatar que a comunicação é uma ferramenta terapêutica importantíssima, tanto para ajudar a enfrentar as situações de crise, como também para empoderamento dos pais para seguirem na continuidade dos cuidados, uma vez que são os principais cuidadores em todas as etapas de crescimento e desenvolvimento.

Com a apresentação desta reflexão crítica, com foco nas observações realizadas em contexto de parentalidade, posso assim dizer que concluí este módulo com os objetivos atingidos, tendo assimilado conteúdos imprescindíveis para gerir e implementar cuidados em parceria com os pais promovendo a parentalidade e a vinculação frente a situações complexas de vida:

- a) Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados com intervenções promotoras de vinculação e parentalidade baseada em evidências científicas;
- b) Contribuir para implementação de programas que facilitam a transição parental;
- c) Organizar, gerir e implementar programas de cuidados em parceria com os pais promovendo a capacitação e o empoderamento frente ao processo de cuidar no regresso à casa;
- d) Garantir processos de cuidados continuados que promovam o papel parental com foco em parcerias enfermeiro/ RNPT/Família;
- e) Orientar e guiar os pais por meio do empoderamento dos mesmos fazendo valer as suas competências individuais no regresso a casa;
- f) Utilizar estratégias motivadoras para o desempenho do papel parental

2.2.5 Módulo V - Avaliação e cuidados imediatos pós nascimento (sala de partos) transferência para neonatologia

É importante realçar que, para que haja sucesso no crescimento e desenvolvimento do RNPT, implica também que haja uma boa organização das intervenções durante a sua transição para a vida extrauterina, pois este momento é decisivo para o sucesso do neurodesenvolvimento e, por conseguinte, para a qualidade de vida nas etapas de desenvolvimento subsequentes.

É neste sentido que a avaliação e as intervenções imediatas e mediadas após o nascimento assume papel relevante e a enfermagem um grande protagonista nesse sucesso.

Este módulo de estágio foi desenvolvido na MBB.

Objetivos:

- Identificar os fatores ambientais que influenciam o RNPT na sua transição para a vida extrauterina;
- Analisar criticamente as práticas de enfermagem observadas na prestação de cuidados imediatos ao RNPT;
- Compreender o papel dos líderes de enfermagem na organização dos cuidados imediatos ao RNPT;
- Compreender a articulação da sala de partos com a UCIN.

Identificar os fatores ambientais que influenciam o RNPT na sua transição para a vida extrauterina; analisar criticamente as práticas de enfermagem observadas na prestação de cuidados imediatos ao RNPT

O primeiros segundos e minutos de vida assumem relevância para a sobrevivência. Para que o RNPT se adapte precocemente e de forma segura à vida extrauterina, existem intervenções diferenciadas e imprescindíveis para que ele possa enfrentar as dificuldades decorrentes da sua imaturidade e vulnerabilidade.

Dar resposta adequada à vulnerabilidade do RNPT ao nascimento implica uma comunicação eficiente entre as equipas e uma coordenação dos serviços materno-neonatal para que haja triagem precoce dos casos de risco reais ou potenciais. Isto é verificado com o sistema de organização de cuidados implementado com a rede de referência do SNS existente em Portugal, onde estão bem definidas as responsabilidades inerentes a cada nível de atenção.

Este sistema de organização permite que os cuidados ao RNPT comecem antes do nascimento, isto é, a intervenção no pré-natal permite uma triagem das situações de risco através do cuidado sistematizado à grávida e orientação antecipada para seguimento em locais onde estão disponíveis cuidados diferenciados, seja pelo transporte in útero, programação do nascimento ou ainda transporte pós-natal adequado (Peixoto, 2017).

Durante a minha estadia no campo de estágio, assisti comunicação de notícias, tanto de transferências de grávidas e RNs provenientes dos serviços dos quais a MBB é referência, bem como comunicação da UCIN para os referidos serviços, quando o RNPT necessitava de ser transferido para continuidade de cuidados.

No que diz respeito à dinâmica da comunicação entre os serviços implicados na rede de referência, quando recebem qualquer notícia de transferência, todos os serviços que se prevê que possam vir a dar continuidade aos cuidados são acionados, sendo a enfermagem um elemento importante na organização do ambiente para que haja sucesso na qualidade dos mesmos. Estas ações fazem prevalecer os princípios orientadoras da rede anteriormente referenciada, isto é, comunicação eficiente entre os serviços, coordenação das equipas e complementaridade na prestação de cuidados.

A WHO e Unicef (2019) aludem a que o atendimento de qualidade ao RNPT requer sistemas de saúde resilientes, com redes instaladas, incluindo níveis variáveis de prestação de cuidados de saúde e ainda uma boa interligação entre os serviços constantes nestas redes, implicando também que haja uma boa comunicação entre a equipa multidisciplinar que trabalha nestes serviços.

No que tange aos cuidados ao RNPT após o nascimento, podemos assim dizer que estes consistem nas intervenções imediatas executadas de forma organizada para que ele assuma imediatamente as funções vitais que in útero eram assumidas pela placenta e ainda assegurar intervenções que garantem uma transferência segura para a UCIN. A efetividade destes cuidados tem grande valia para a qualidade de vida do RN e contribui para redução da mortalidade neonatal precoce.

Executar procedimentos de forma organizada implica anamnese materna antecipada para prever situações de risco, equipa treinada para receber e avaliar o RN, materiais e equipamentos testados e em locais de fácil acesso (Almeida & Guinsburg, 2016).

O grau de assistência a estes RNs na transição para a vida extrauterina pode ser previsto e estimado de acordo com a idade gestacional, quando existe uma avaliação adequada no pré-natal. Após o nascimento, conhecer o grau de maturidade é um fator imprescindível para definir que intervenções são as mais ajustadas para manter a sua sobrevivência. Uma forma adequada de a avaliar é através da avaliação simplificada da IG de BALLARD (anexo 3). Esta escala avalia os RNs entre as 25 as 42 semanas e consiste na avaliação de seis sinais físicos externos e seis sinais neuromusculares, onde cada sinal é atribuída uma

pontuação e a pontuação acumulada representa um grau entre os 26 a 44 semanas de gestação (Almeida & Guinsburg, 2016; Hockenberry & Wilson, 2014).

No bloco de partos, logo ao nascimento, é feita uma avaliação completa de forma superficial com base na escala acima referida e as intervenções são iniciadas de forma que se privilegie as funções cardiorrespiratórias e neurológicas. Consoante os resultados que são atingidos, a equipa vai atuando em simultâneo, respeitando os passos preconizados para a reanimação neonatal, sendo que existe um algoritmo disponível para orientação.

Para a OMS, estes cuidados devem obedecer alguns critérios universais, tais como, a ética profissional, a filosofia da instituição e os princípios de humanização do nascimento. Exigem uma equipa com formação e treinada em reanimação neonatal, com consciência dos condicionantes, dos riscos e das especificidades do RNPT com relação a sua idade gestacional.

Das primeiras intervenções podemos salientar os passos na atuação após o nascimento, dentre estes, observar e avaliar a vitalidade, através frequência respiratória, frequência cardíaca e tónus muscular, mantendo a permeabilidade das vias aéreas, secá-lo trocando de imediato os panos húmidos, aquecê-lo estimulando-o quando necessário.

Estes são os cuidados comuns a todos os RNs e a forma e a rapidez com que são executados poderão prevenir que o RNPT passe para etapa de reanimação seguinte ou prevenir que este seja alvo de intervenções mais avançadas, tais como uso de meios para o ajudar a respirar normalmente. Destes meios, podemos destacar ventilação por pressão positiva por meio de máscara facial com ou sem suporte de oxigénio, ventilação por pressão positiva por meio de cânula traqueal e ainda aspiração de secreções com uso de dispositivos que poderiam provocar lesões nas mucosas. Cabe aqui salientar que quanto mais rápida e menos invasiva forem as intervenções imediatas ao nascimento, maiores são as chances de sobrevivência sem sequelas do RNPT.

Seguindo a lógica dos algoritmos de reanimação neonatal, estas primeiras intervenções não devem ultrapassar os 30 segundos após o nascimento e a qualidade destas define a conduta da equipa nos segundos subsequentes.

Mediante o exposto é óbvio o preceito de que a avaliação do índice de APGAR se encontra implícita nos cuidados imediatos ao RN, mas não é um critério para definir a necessidade de reanimação neonatal, pois, os resultados devem ser registados no final do

primeiro minuto de vida. No entanto, serve para interpretar acontecimentos passados e prever acontecimentos ou condutas futuras relacionadas com o desenvolvimento físico e neurológico do RN (Hockenberry & Wilson, 2014).

Após estabilização do RNPT, este é colocado em incubadora de transporte, mantendo cuidados de acordo com as suas necessidades vitais. A transferência acarreta riscos, portanto, o transporte deve ser seguro e oportuno e acompanhado por profissionais treinados, com experiência em atendimento neonatal (Pissarra, Gouvea, Valente, Azevedo, & Silva, 2013). Neste sentido, verifiquei que é a própria equipa que assiste o RNPT que o acompanha até a UCIN, onde se segue a continuidade dos cuidados que são imprescindíveis para a sua sobrevivência.

Durante a minha estadia no campo de estágio, tive oportunidade de verificar intervenções relacionadas com a assistência imediata do RNPT na sala de partos, bem como na sua transferência para a UCIN e ainda, as intervenções realizadas imediatamente à entrada na unidade, tendo verificado que estes requerem recursos humanos capacitados, materiais altamente diferenciados, tanto mais quanto mais baixa a idade gestacional e ainda requerem uma boa coesão dessas equipas para que haja sucesso na organização e continuidade dos cuidados.

No que se refere ao papel da enfermagem, nestas intervenções, este assume relevância não só nas intervenções imediatas, bem como na organização do ambiente no seu todo. Como referido anteriormente, esta organização é imprescindível para o sucesso da transição do RNPT para a vida extrauterina. Portanto, podemos afirmar que a enfermagem assume protagonismo, desempenhando multifunções, a saber: organização do ambiente, organização do material e ainda, como elemento integrante da equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados imediatos ou mesmo na reanimação neonatal quando fosse o caso.

Da organização do material e do ambiente posso evidenciar o observado no bloco de partos, isto é, o aquecimento constante dos materiais que entram em contacto com o RNPT, tais como, os cobertores, que são armazenados em aparelho de aquecimento constante, as fontes de calor radiante que estão sempre em aquecimento à espera do nascimento e o aquecimento permanente da sala de cuidados. Também percebi que a existência de uma sala específica para os cuidados ao RN tem em acréscimo a vantagem de o ambiente ser organizado em função das necessidades de cuidados do mesmo.

Pude verificar casos de reanimação onde se necessitou de recorrer a ventilação com pressão positiva e casos de entubação traqueal para garantir a ventilação do RNPT e observei a coesão da equipa de reanimação nessas intervenções, garantindo o sucesso. Não tive oportunidade de observar casos onde houvesse necessidade de administração de fármacos, no entanto, uma enfermeira se encontrava preparada para administração dos mesmos caso fosse necessário e era o terceiro elemento na reanimação, colocando-se sempre aos pés do bebé.

No que se refere ao transporte do RNPT, pude acompanhar casos de transferência do bloco de partos até a entrega à equipa na UCIN, onde é sujeito a uma avaliação mais detalhada e intervenção terapêutica de acordo com a sua situação clínica. Destas intervenções cabe salientar a manutenção de um ambiente térmico adequado, sendo este garantido em incubadora aquecida com humidade relativa, monitorização contínua de frequência cardíaca e respiratória, posicionamento adequado, tendo o cuidado de manter as vias aéreas permeáveis, minimizando assim as necessidades de oxigenoterapia e de ventilação assistida.

Quanto à colocação de cateter central, não houve nenhum caso onde houvesse necessidade de colocação em situação de extrema emergência. O que observei foi o cateter central umbilical que é colocado com o RNPT já na UCIN e a equipa de enfermagem assume papel de preparar o material e auxiliar a equipa médica na realização do cateterismo. Ainda nos cuidados com o acesso, a enfermagem assume responsabilidade de garantir segurança, tanto no ato de cateterismo como na manipulação e manutenção do mesmo, através de protocolo padronizado, prevenindo o risco de infeção, extravasamento de líquidos e deslocamento accidental.

Relativamente a estes cuidados, verifiquei que, nas primeiras horas de vida, o foco de atenção principal foi assegurar a estabilidade dos parâmetros vitais através de monitorização contínua dos mesmos. Estando o RNPT estável, o repouso no leito é considerado importante para minimizar o stress associados aos cuidados no momento de transição. A título de exemplo específico, um RNPT que não necessitou de suporte mecânico para ventilação, sendo recomendado um período de repouso sob posicionamento adequado no leito e controlo do ambiente, antes de intervenções tais como, acesso venoso para administração de fluídos. Uma vez que o RNPT se encontrava estável, as sobrecargas de estímulos por intervenções não urgentes implicariam em desestabilização hemodinâmica.

No entanto, observei também um caso em que o RNPT necessitava de intervenções mais avançadas, ou seja, ventilação invasiva, administração de surfactante e cateterismo venoso central umbilical, sendo estas intervenções imprescindíveis para a sua estabilidade clínica de imediato. Terminada as intervenções imprescindíveis, foi proporcionado ambiente calmo ao RNPT, aludindo que não necessitaria de programação de intervenções durante as seis horas subseqüentes, facilitando assim a sua reorganização.

Nestes casos, é mantida uma vigilância adequada durante este período no sentido de prevenir complicações imprevisíveis. Derivado a sua imaturidade, o RNPT não se encontra capacitado para suportar stresse fisiológico prolongado, podendo deteriorar ou falecer em poucos minutos após o aparecimento de sinais e sintomas, caso não haja intervenção precoce, o que justifica esta vigilância constante (Hockenberry & Wilson, 2014).

Falando ainda de transporte neonatal, também verifiquei um caso em que um RNPT apresentou complicações e foi transferido para a UCIN do hospital pediátrico, onde é assegurada além de cuidados neonatais diferenciados, a cirurgia neonatal da região centro. Nestas situações, é feita comunicação direta com a equipa de transporte neonatal que é garantida pela INEM, sendo ela localizada na mesma Unidade.

Para assistência durante o período de emergência e organização da transferência, a enfermeira responsável pelos cuidados recebeu apoio da equipa, pois nestas situações muitas vezes apenas um profissional não consegue responder a todas as intervenções exigidas em simultâneo, isto é, preparação e administração de fármacos, controlar os equipamentos, assegurar as intervenções relacionadas com a controlo e estabilidade hemodinâmica e ao mesmo tempo avaliar a resposta do RNPT a essas intervenções. Durante o ato de transferência, também assegurei de forma autónoma alguns procedimentos com os RNs e outras sob orientação da minha tutora, sendo passível de observar que por vezes a equipa fica sobrecarregada nesses momentos de emergências.

Ainda realço os casos em que o RNPT é transferido para as UCIN dos HAP, para seguir com a continuidade de cuidados, quando não necessitam de cuidados intensivos e a estabilidade é garantida. Neste âmbito, tive oportunidade de presenciar um caso com a equipa da MDM e fui orientada pela enfermeira chefe de como preparar a incubadora e o RNPT para o transporte em segurança.

Para dar continuidade aos objetivos tendo em conta a rede de referência e a comunicação existente entre estes UCINs (HAPD e HAP) dos hospitais da região centro, foi pertinente observar intervenções realizadas na UCIN de Leiria. Os equipamentos de ventilação não diferem dos equipamentos com os quais estou acostumada a prestar cuidados no meu contexto de trabalho. No entanto, perante as instalações, as condições de trabalho e a organização de cuidados vê-se que as diferenças são imensas.

Enquanto esta unidade se destina a prestar cuidados apenas para RNPT acima de 32 semanas no meu contexto de trabalho, existe apenas uma sala ampla onde se presta cuidados a todos os RN de Alto risco, independentemente da IG.

Neste sentido, verifiquei que existem alguns procedimentos que, embora com menores condições, já temos implementadas, tais como, higienização das mãos, cuidados na preparação dos fluídos intravenosos, e cuidados relacionadas com a entrada de visitas na unidade.

Também observei alguns procedimentos que poderão ser de fácil implementação, tais como, o modelo de organização de cuidados onde é possível o transporte do RN do bloco de partos já em incubadora onde continua recebendo os cuidados, evitando manipulação desnecessárias e repetidas, submetendo-o a momentos de stresse que poderiam ser evitadas apenas com senso de reflexão crítica. Para tal procedimento, a enfermagem já se tem organizado e em local de fácil acesso esta incubadora já preparada.

Compreender o papel dos líderes de enfermagem na organização dos cuidados imediatos ao RNPT; compreender a articulação da sala de partos com a UCIN.

Uma boa organização e articulação da equipa é imprescindível para a gestão dos cuidados de enfermagem em todos os serviços onde se prestam assistência ao RNPT e o papel dos líderes assume relevância neste processo.

Pude verificar que quando não existe pessoal suficiente para as necessidades, gera-se stresse no pessoal, correndo o risco de as intervenções não serem disponibilizados em tempo oportuno para os demais RNS que não necessitam de intervenções com carácter emergente. No entanto, este risco é colmatado pela boa organização em vigor na unidade, o método individual e a enfermeira responsável de turno assumindo papel de destaque em conjunto com a equipa na coordenação dos cuidados para que sejam acessíveis a todos em tempo oportuno.

Também foi observado o papel da enfermeira na gestão da transferência dos RNs para unidades de cuidados menos diferenciados para convalescença de RNs que já não necessitavam de cuidados tão diferenciados. Nestas situações, a enfermeira responsável gere os cuidados de modo que em qualquer transferência já sabe quem será o elemento indicado para a mesma, pois estas transferências são asseguradas pelos profissionais de enfermagem. Observei como o RNPT é preparado e posicionado para ser transportado com segurança.

Articulação entre a sala de partos e a UCIN implica que haja uma comunicação eficiente entre as duas equipas, no sentido de manter coordenada a continuidade dos cuidados. Neste sentido, qualquer nascimento e transferência é comunicada e as enfermeiras possuem acesso à unidade existindo um clima que privilegia a informação oportuna, verificando que o prelevado é a continuidade dos cuidados tanto dos RNs como dos pais. Esta filosofia vigora em toda a maternidade, isto é, os serviços de puerpério colaboram com a UCIN para o sucesso da vinculação, como por exemplo, ajudando as mães a dirigirem-se ao serviço, quando não se conseguem deslocar de forma autónoma, ou partilha de fotografias quando é impossível o deslocamento para interagirem com o filho e ainda apoio e incentivo ao aleitamento materno para os prematuros, através do incentivo a extração de leite.

2.2.6 Módulo VI: Continuidade dos Cuidados (*follow-up* das crianças nascidas prematuras)

Quando se fala dos cuidados centrados no desenvolvimento na UCIN, é comum referenciar a continuidade dos cuidados que devem ser assegurados após a alta hospitalar.

Os pais são os primeiros cuidadores por excelência de seus filhos, o que implica além prepará-los adequadamente para a continuidade de cuidados, mantê-los próximos dos serviços após a alta, pois esta proximidade favorece a confiança mútua, favorecendo ao mesmo tempo um controlo adequado do crescimento e desenvolvimento das crianças que nasceram prematuras.

É neste sentido que a organização de serviços que dão continuidade a avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças que nasceram prematuras revelam-se como meios para proporcionar crescimento e desenvolvimento adequado dessa população, uma vez que são considerados uma população de alto risco para o desenvolvimento de sequelas.

Objetivos:

- Compreender a dinâmica funcional e organizacional do serviço de *follow-up*;
- Identificar os aspetos da saúde do RNPT que são avaliados nas consultas de *follow-up*
- Identificar os problemas mais comuns relatados pelos pais durante as consultas de *follow-up* do RNPT;
- Identificar as estratégias de suporte utilizadas fora do ambiente hospitalar.

Este módulo foi desenvolvido na unidade de intervenção precoce na relação mãe-filho, onde se insere a valência das consultas de *follow-up* de crianças nascidas prematuras.

Como referido anteriormente, as crianças que nascem prematuras são consideradas uma população de alto risco para o desenvolvimento de sequelas relacionadas não só com a prematuridade, como também com o aparato tecnológico das UCIN, onde são submetidos a longos períodos de internamento com intervenções repetidas, visando a sua sobrevivência.

Um grande número destes sobreviventes enfrentam deficiências por toda a vida, tais como, dificuldades de aprendizagem, problemas visuais e problemas auditivos. Este risco é tanto maior quanto menor for a idade gestacional ao nascimento (Braga & De Sena, 2012; World Health Organization, 2019). Neste sentido, para que haja sucesso no crescimento e desenvolvimento, recomenda-se um seguimento adequado destes e suas famílias após a alta hospitalar.

Identificar os aspetos da saúde do RNPT que são avaliados nas consultas de *follow-up*; Identificar os problemas mais comuns relatados pelos pais durante as consultas de *follow-up* do RNPT

Para Braga e De Sena (2012) é sabido que o seguimento adequado da criança nascida prematura após a alta hospitalar é fundamental para a qualidade de vida desta e sua família. A capacidade de neuroplasticidade do cérebro é tanto maior quanto mais jovem a criança, o que implica afirmar que atuar precocemente na infância é um excelente meio para obter e promover resultados satisfatórios no neurodesenvolvimento.

Perante o RNPT, acredita-se que intervir precocemente leva-o a desenvolver habilidades que poderia levar mais tempo a desenvolver e assim conseguir aptidões equiparáveis ao bebé nascido a termo. Estudos mostram que este modelo de intervenção pode reverter a

tendência negativa que estes bebês possuem no seu desenvolvimento global ao longo da vida (Pinto, Silva, Munari, Almeida, & Resende, 2008).

Os principais objetivos deste seguimento podem ser resumidos em: acompanhar a adaptação da criança ao ambiente familiar após a alta, manter ou incentivar o vínculo família-criança, acompanhar o crescimento e desenvolvimento, identificando e tratando precocemente possíveis desvios, tendo em conta as particularidades individuais, organizar e fazer gestão de acompanhamento multidisciplinar.

Quando o seguimento é feito por equipe multidisciplinar, isso facilita a identificação e intervenção precoce, mesmo no casos de crianças que considerando a idade corrigida apresentem sinais de atrasos no desenvolvimento (Braga & De Sena, 2012; Nunes et al., 2014).

Nas consultas de follow-up realizadas na UIP da MBB, as avaliações das crianças são iniciadas por uma enfermeira e seguidas por uma avaliação médica mais pormenorizada. Esta avaliação é feita de forma não sistematizada, ou seja, estas crianças são deixadas livres, vai-se aproveitando as oportunidades oferecidas e conseguido estratégias para mantê-las calmas (distração com músicas, brinquedos, diálogo), no sentido de obter colaboração das mesmas sem as forçar e assim conseguir uma avaliação mais detalhada.

A melhor estratégia para obter colaboração da criança é fazendo com que esta se sinta num meio o mais natural possível e que a interação seja estabelecida também de forma natural. Essas preocupações estavam presentes em todos os atos que envolviam a sua avaliação, no sentido de obter melhor credibilidade dos resultados encontrados.

A avaliação começa na sala de espera, uma vez que é a própria enfermeira que acompanha os familiares até o gabinete de consulta de enfermagem. Se no caso a criança já deambula, a avaliação começa à entrada da unidade, observando o comportamento da mesma ao interagir com o ambiente, sua família e os profissionais. Seguidamente, no gabinete de enfermagem inicia-se uma conversa aberta, enquanto os pais expõem a criança para avaliação física. É ao mesmo tempo observada a interação pais-filho, e os pais estimulados a esporem as suas dúvidas com relação ao crescimento e desenvolvimento do filho, isto é, os hábitos e os costumes vivenciados em casa. São orientados no sentido de encontrar estratégias de promoção do desenvolvimento saudável da criança e as competências a serem desenvolvidas de acordo com a idade e alertados a não compararem o filho com as outras crianças nascidas a termo.

Na avaliação física, a enfermeira atribui bastante relevo aos parâmetros antropométricos, isto é, o peso, a estatura e o perímetro cefálico e vai orientando os pais segundo os valores encontrados, de acordo com o padrão considerado para cada idade e a evolução clínica da criança. Partilha com o médico os dados encontrados sendo os registos efetuados na história clínica da criança.

De início, estava com interesse voltado especialmente para aprender com a enfermeira as práticas de avaliação da criança, mas rapidamente percebi que esta prática é mais detalhada na consulta médica e a enfermeira me aconselhou a assistir algumas dessas consultas para melhor enquadramento, tendo a médica aceitado a minha presença na avaliação. Desta observação, constatei que uma avaliação muito pormenorizada na consulta de enfermagem poderia sobrecarregar a criança, a não ser que essas duas profissionais (médico e enfermeira) fizessem uma avaliação em comum, no sentido de evitar sobrecarregar a criança.

É reconhecido que no período neonatal a dinâmica do crescimento é caracterizada por uma perda inicial de peso, seguida por uma segunda etapa onde é recuperado o peso de nascimento. No entanto para o RNPT, o crescimento se dá em quatro fases distintas: uma primeira fase onde apresenta atraso do seu crescimento logo o após nascimento, com perda de peso inversamente proporcional à idade gestacional, o peso ao nascimento e severidade da patologia neonatal inicial; segunda fase denominada de transição, onde começa um aumento lento e discreto do perímetro cefálico, seguido do peso e por último a estatura; uma terceira fase denominada de *catch up* ou velocidade de recuperação, onde ocorre um rápido aumento de peso, comprimento e perímetro cefálico, com a velocidade de crescimento acelerada, atingindo o seu ápice entre os 36 e 44 semanas pós natal; por último a quarta fase denominada *homeorrex*, onde a velocidade de crescimento é comparável às crianças nascidas a termo (Viera, Rech, Oliveira, & Maraschin, 2013).

Com base nesse conhecimento, é pertinente considerar a correção do peso até aos 24 meses de idade corrigida, o comprimento até aos 42 meses e o perímetro cefálico até aos 18 meses, idades estas onde é considerado deixar de haver diferenças estatisticamente significativas entre a idade corrigida e idade cronológica. Ajustar a idade cronológica à IG corrigida até aos 2 anos de idade nas crianças nascidas prematuras, tem revelado como uma boa prática de seguimento no sentido de conseguir resultados esperados para o crescimento e desenvolvimento (Braga & De Sena, 2012; Viera et al., 2013).

Nas consultas de follow-up da MBB, foi possível observar que, considerando o ideal para nascer as 40 semanas de idade gestacional, descontam-se da idade cronológica do prematuro as semanas que faltaram para a sua idade gestacional atingir 40 semanas, para melhor avaliarem o seu crescimento e desenvolvimento. Isto equivale a afirmar que um bebê prematuro nascido de 28 semanas terá doze semanas de correção, ou seja, sua idade cronológica em relação a sua idade corrigida terá uma diferença de três meses (quando este bebê tiver seis meses de idade sua idade motora será de três meses).

Estas crianças são seguidas basicamente até os 2 anos de idade corrigida, no entanto, podem aparecer casos especiais que devam ser seguidos até os 3 anos de idade, estando em concordância com os autores anteriormente citados.

A avaliação dos parâmetros antropométricos é de fundamental importância para o seguimento das crianças que nasceram prematuras, no entanto, por si só não oferece sinais que garantam um desenvolvimento adequado, uma vez que este fator assume caráter amplo e diversificado.

Além de crescer, a criança adquire competências que a leva a perceber o mundo pelos sentidos e agir sobre ele, mudando de dependente para independente ao nível de atividades motoras, tais como, engatinhar, sentar, levantar, andar e habilidades motoras finas que, incluem manipulação de objetos ao seu redor.

É o nível de desenvolvimento psicomotor e social que define a vida futura da criança no que concerne aos aspectos culturais sociais e intelectuais (Pinto et al., 2008).

Neste sentido, na unidade existem diferentes objetos que são utilizados tanto na consulta de enfermagem como na consulta médica para estimular a criança e verificar o estágio de desenvolvimento, de modo a que em conjunto com os pais possam encontrar estratégias para correção de possíveis atrasos. Das atividades observadas, destaco incentivo ao ajuste postural, ajuste do equilíbrio durante a marcha, manipulação de objetos e incentivo ao alcance dos mesmos, identificação de objetos por meio de desenhos. Também é dada relevância à interação da criança, tanto com os pais como também com os profissionais e o ambiente.

Das preocupações mais frequentemente evidenciadas pelos pais, podemos citar, insegurança quanto ao estágio de desenvolvimento, pois em geral comparam os seus filhos com as crianças nascidas a termo, principalmente quando o prematuro não é o

primeiro filho, ficando quase sempre angustiados, achando com frequência atrasos no seu desenvolvimento.

Pelo relato dos pais, é verificado que estas crianças no geral são superprotegidas e pouco estimuladas, o que pode revelar-se como fator para atrasos no desenvolvimento de suas competências. Qualquer criança alvo de privação de estímulos adequados à sua faixa etária de crescimento e desenvolvimento, pode apresentar dificuldades de diferentes ordens, repercutindo-se principalmente ao nível cognitivo e neurológico. Para Marciano (2017) diante da prematuridade a superproteção materna é evidente e figura-se como um mecanismo para enfrentamento das suas dificuldades no cuidar do filho.

No entanto, toda a equipa esclarece os pais quanto às competências que devem ser observadas no filho de acordo com a sua idade e são incentivados a estimulá-los de forma adequada sem submetê-los ao stress, tendo o cuidado de respeitar a individualidade de cada bebé. São alertados que os prematuros podem estar incluídos em grupos de riscos, mas, não significa que vão apresentar distúrbios ou atrasos no seu desenvolvimento.

Através da observação e apreciação do discurso entre os profissionais e os pais, vê-se que estes últimos são sensíveis para a deteção precoce de possíveis alterações no crescimento e desenvolvimento, o que lhes desperta atenção para o seguimento do calendário das consultas. São ao mesmo tempo apoiados pela equipa no sentido de organizar meios, tais como, fixação de lembretes em locais de fácil acesso, para cumprirem bem o calendário estipulado, independentemente da especialidade em questão.

Um outro ponto observado é que a superproteção das crianças além de impedir a estimulação necessária, conduzindo a possíveis atrasos no desenvolvimento, faz com que elas conheçam as fraquezas dos pais, o que mais tarde pode interferir com a imposição de regras e limites, com repercussões na disciplina da mesma ao longo prazo.

É feita educação para saúde de forma não estruturada, à medida que o diálogo flui de acordo com as necessidades individuais emergidas, e a enfermeira assume papel de destaque neste âmbito. Desta educação podemos citar: exame físico completo da criança, tendo como grau de referência o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico segundo a idade; correção de situações de risco; esclarecimentos sobre o esquema adequado de vacinação; orientação sobre acompanhamento multidisciplinar e tratamento especializado adequado; avaliação do equilíbrio psicoafectivo entre a criança e os pais, tentando descobrir sinais de perigo e oferecendo também suporte apropriado; promoção

do aleitamento materno exclusivo e auxílio no fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebé.

De salientar que, frente ao risco psicossocial, a intervenção, que normalmente tem o seu início ainda na gravidez com o objetivo de atuar na melhoria da relação pais-filho, continua após o nascimento através apoio pluridisciplinar integrado quando ainda se justifica esta intervenção. Esta equipa procura atuar precocemente nos fatores de riscos sociais para o RN, promovendo fatores protetores.

Dos fatores de riscos considerados pertinentes destacam-se: famílias disfuncionais, gravidez não aceite, antecedentes de maus tratos, problemas sociais e económicos, pais adolescentes toxicodependentes/alcoólicos, doença psiquiátrica, debilidade mental, problemas psicológicos, violência doméstica. Pelo exposto, podemos observar que pode estar em simultâneos casos de prematuridade necessitando de intervenção, uma vez que, muitos destes fatores estão relacionados com os fatores de risco para a prematuridade.

Esta equipa elabora a história da família, avaliando a sua estrutura e o seu funcionamento, procuram avaliar as necessidades, dificuldades e fontes de stress, no momento e no contexto, descobrindo e avaliando também as suas potencialidades e fontes de suporte e, por fim, elaboram um plano de intervenção de acordo com os resultados encontrados. Para este modelo de intervenção, a gestão dos registos é apoiada pelas plataformas informáticas SCLINICO, que inclui linguagem CIPE, facultando assim uma avaliação sistemático e contínua das intervenções de enfermagem, bem como consulta do processo e diário clínico de forma oportuna.

Relativamente ao apoio na alimentação, foi observado que o aleitamento materno também é recomendado com base na idade corrigida, e estimulada a amamentação exclusiva até aos 6 meses. Estão disponíveis políticas de promoção e incentivo ao aleitamento materno em todo o serviço, no entanto, respeitam a decisão dos pais que não amamentam, sendo estes orientados também para uma alimentação segura. Existem também folhetos que são entregues aos pais para melhor os orientar quanto à alimentação adequada de acordo com idades chaves.

No que concerne à prevenção de acidentes, este é uma preocupação especial da enfermeira e além de conversar com os pais no sentido de prevenirem acidentes de acordo com a idade da criança, ainda entrega folhetos contendo orientação para prevenção dos mesmos.

Embora não seja um serviço destinado ao tratamento de patologias, existe um pequeno carro de emergência improvisado para uso caso necessidade e é feito o controlo regular do mesmo para que esteja sempre operacional. Segundo relato da enfermeira, desde que exerce as suas funções no serviço, nunca apareceu nenhum caso emergente, onde houvesse necessidade de utilização do carro.

A literatura evidencia que grande número de crianças nascidas prematuras estão sujeitas a reinternamentos hospitalares, sobretudo durante o primeiro ano de vida e especialmente por problemas respiratórios (Nunes et al., 2014). É neste sentido que todas as crianças que nasceram antes de completarem as 28 semanas de IG na MBB, são imunizadas com PALIVIZUMAB até completarem um ano de vida e são orientados a voltarem a UCIN para darem continuidade a essa imunização.

O palivizumab é um anticorpo monoclonal humanizado IgG1K dirigido para um epítotope no local antigénico A da proteína de fusão do vírus sincicial respiratório. Este vírus é responsável por 30 a 90% dos casos de bronquiolite e até 50% dos internamentos por pneumonia durante o primeiro ano de vida, sendo o RNPT incluído nos grupos de alto risco (DGS, 2015; Rogovik, Carleton, Solimano, & Goldman, 2010).

Foi nesta lógica que observei casos de crianças nascidas prematuras voltando a UCIN para receberem doses desta vacina, pois foi onde iniciaram a referida imunização. A volta para a UCIN, no sentido de completarem estas doses de vacina, deve-se ao facto de que, segundo orientações da DNS, as crianças deverão voltar a unidade onde a profilaxia se iniciou para receberem as doses subsequentes, salvaguardando os casos em que a distância geográfica à residência da criança seja considerável. Esta norma parte do princípio de que, completarem as doses no serviço onde iniciaram a profilaxia, favorece um melhor controlo da eficácia terapêutica e uma melhor gestão do número de ampolas utilizadas (DGS, 2015).

Identificar as estratégias de suporte utilizadas fora do ambiente hospitalar

Como estratégias de suporte, podemos salientar que estas não vão muito além das alternativas fornecidas ainda em âmbito hospitalar, dentre elas os grupos de pais, contactos dos profissionais já mencionado neste relatório. Estas iniciativas são implementadas no sentido de obter maior interação dos pais com os profissionais de saúde e inserem em modelos de assistência que favorece aos pais forças para a continuidade dos cuidados.

Estas crianças necessitam de unidades de apoio bem estruturadas, tais como seguimento ambulatorio regular. As consultas de follow-up não inviabilizam as consultas agendadas nos centros de saúde, que se revelam como uma estratégia de suporte por terem disponíveis médicos e enfermeiros de família que também trabalham em comunicação com a equipa de follow-up.

Também como estratégias de suporte disponibilizados podemos evidenciar os folhetos contendo orientações que são entregues aos pais nas consultas de seguimento. Ainda podemos salientar os contactos dos serviços que são disponibilizados e são estimulados a utilizar, tanto para esclarecimentos de dúvidas como para receberem orientações apropriadas.

A literatura evidencia que contactos telefónicos, principalmente logo após a alta hospitalar, a integração entre a atenção primária em saúde e o programa de acompanhamento são ótimas estratégias para garantir a continuidade do cuidado das crianças nascidas prematuras e o enfermeiro é considerado como elemento de destaque neste processo (Braga & De Sena, 2012).

Além dos profissionais de saúde, os pais contam com redes de apoio informais de assistência, que podem ser constituídos por outros familiares e vizinhos. Foi possível verificar que muitas vezes os avós e outros familiares os acompanhavam nas consultas e se mostravam interessadas em ajudar no cuidado em casa.

Estando com uma enfermeira especialista e perita nos cuidados ao RNPT, refletindo sobre o meu contexto de trabalho onde não existe uma organização adequada dessas consultas, pude perceber que havendo uma boa articulação e confiança mútua entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, quando a enfermeira possui experiência em âmbito de saúde infantil, as crianças poderiam beneficiar de um seguimento e uma avaliação adequada por parte da enfermagem. Este seguimento de forma estruturada deixaria de sobrecarregar as especialidades ou mesmo evitar lacunas no atendimento e seguimento adequado desses prematuros que necessitam de um controlo rigoroso do seu neurodesenvolvimento.

Uma outra mais valia encontrada nestas observações foi o conhecimento adquirido com relação a identificação de sinais de alerta para atraso no desenvolvimento, tais como dificuldades em que foi comum a médica em vez de explicar por palavras os estímulos que deveriam ser oferecidos, submetia a criança aos estímulos apropriados em frente dos

pais, deixando que estes participassem da avaliação, o que pode ser um meio para que se sentem melhor orientados em casa. Ainda, quando se detetavam sinais de desvios, a equipa partilhava opiniões sobre os resultados percebidos.

Foi possível verificar respostas dadas pela enfermagem aos problemas apresentadas pelas crianças/ famílias em contexto de avaliação do crescimento e desenvolvimento quando trabalha em articulação com outros profissionais, uma vez que possui uma visão integral em todos os âmbitos de atuação.

Outro aspeto percebido foi as condições necessária para a organização do espaço onde é feita as consultas de vigilância, no que diz respeito aos aspetos facilitadores não só para a prática do enfermeiro, como também para o preconizado para um ambiente acolhedor e seguro para a criança.

CAPÍTULO III - PROPOSTA DE PROJETO DE INOVAÇÃO

Este terceiro e último capítulo cumpre com o último objetivo deste relatório, isto é, “Projetar mudanças a implementar no contexto profissional como Enfermeira Especialista (EE) de cuidados a RN prematuros em Cabo Verde”.

A implementação de sistemas que promovam a melhoria contínua requer conhecimento novo, o que implica adotar uma perspectiva criativa e não reativa face a novas aprendizagens. Exige autoconhecimento e novas perspectivas em direção a melhores resultados e não apenas adquirir informação (Machado, 2013).

A inovação, que em saúde toma como pressuposto a melhoria contínua da qualidade, parte necessariamente da análise da prática profissional. Para que haja qualidade em saúde no exercício da prática profissional deve constar valores e princípios tais como, a justiça, a centralidade no cliente, a inovação e mudança e ainda, a aplicação da melhor evidência (Machado, 2013).

A OE tem vindo a desenvolver esforços para melhorar continuamente os cuidados de enfermagem, tendo definido os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, sendo este um documento que organiza e orienta o enfermeiro na procura permanente da excelência no seu exercício profissional, contribuindo assim para a eficácia na organização dos cuidados.

Para que haja eficácia na prestação de cuidados, em pediatria, pressupõe, como recomenda a OE (2013), a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, sistema este ainda inexistentes na realidade Cabo-verdiana.

3.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CABO VERDE

A constituição e o funcionamento da rede sanitária colocam um grande desafio aos gestores do Serviço Nacional de Saúde em Cabo Verde. Os diferentes níveis de cuidados nas estruturas de saúde e a desarticulação da rede, agravados pela carência de recursos humanos especializados, falta de recursos materiais e de uma gestão adequada desses

recursos, bem como a descontinuidade territorial, a acessibilidade condicionada pelas barreiras de natureza física e a orografia do interior das ilhas, constituem grandes constrangimentos às autoridades sanitárias (República de Cabo Verde, Ministério de Saúde, 2015).

A atual carreira de enfermagem foi revista em 2018, estando nela incluída três categorias, dentre elas, a de assistente, onde se integra o grau de especialidade em enfermagem. A instituição da carreira de enfermagem visa garantir e organizar o exercício da atividade de enfermagem no Serviço Nacional da Saúde, promovendo a estabilidade dos quadros, a sua permanente formação e o incentivo à investigação científica.

Recentemente, foi criada a Ordem dos Enfermeiros de Cabo Verde e aprovados os seus estatutos, estando neste momento em andamento o processo de apresentação das candidaturas, aos órgãos estatutários e, portanto, a Ordem, é entretanto gerida pela Comissão Instaladora (Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros de Cabo Verde tem por finalidade a regulamentação e disciplina da prática de enfermagem, no sentido de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem. O quadro atual de enfermagem é composto por cerca de 616 enfermeiros, onde ainda o grau de especialidade é minoria.

Isto implica foco especial dos dirigentes na formação qualificada destes quadros para dar respostas nas diferentes áreas de especialidade, com destaque especial para a saúde infantil. É reconhecido que a taxa de mortalidade infantil constitui um indicador importante, que, por sua vez, reflete o nível de desenvolvimento socioeconómico, os níveis de saúde e as condições de vida de uma região. A mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde continuando a faixa neonatal merecendo atenção especial.

Para assegurar a eficácia na melhoria contínua da qualidade dos cuidados nessa população, também é imprescindível que se criem modelos de organização compatíveis com o contexto de cada país e que seja promissor de respostas favoráveis tanto a curto como a longo prazo.

Em se tratando da organização dos serviços de saúde em Cabo Verde, quando se fala da área de neonatologia, podemos assim dizer que a sua organização ainda não se encontra

muito além dos primeiros passos. Foi com a inauguração da nova maternidade do Hospital Agostinho Neto (HAN), em maio de 2011, que iniciou o funcionamento da primeira unidade de neonatologia, apetrechada com materiais básicos para prestação de cuidados ao RN de alto risco. No entanto, o serviço encontrava-se ainda muito aquém de uma UCIN, faltando ainda condições básicas para oferecer cuidados de qualidade ao RN de alto risco.

Destas condições, podemos especificar materiais e equipamentos básicos, tais como, aparelhos para ventilação mecânica, tanto invasiva como não invasiva, monitores com sensores neonatais em quantidade suficiente e alguns medicamentos, tais como surfactante pulmonar e, ainda, materiais para assegurar aporte venoso central, que muitas vezes é a única via para garantir a sobrevivência de RN de alto risco, principalmente os grandes prematuros e os portadores de malformação congênitas, em especial aqueles que necessitam de correções cirúrgicas.

Contudo, graças aos esforços dos dirigentes, paulatinamente, vêm-se desenvolvendo melhorias, tendo, o surfactante, sido introduzido no Serviço Nacional de Saúde a partir do ano 2015, altura em que já havia condições mínimas para assegurar ventilação, tanto invasiva como não invasiva nos RN de alto risco.

Um outro grande avanço também constatado foi a implementação do banco de leite humano (BLH). Este serviço situa-se no HAN e atualmente está em vias de implementação o segundo, que provavelmente será na região norte do país.

Atualmente, podemos afirmar que graças a esses avanços foi conseguido fixar o limiar de viabilidade em 28 semanas para a IG, com implicações positivas nas taxas de mortalidade neonatal.

No entanto, estes avanços não serão suficientes, pois, além da redução das taxas de mortalidade, cabe também focar na melhoria da qualidade de vida dessa população, cujo resultados revertem em ganhos não só para o RNPT e sua família, como também para o sistema de saúde em seus diversos aspetos.

Para que esses ganhos sejam sensíveis, deve fazer parte da organização da assistência uma atenção integral em neonatologia, priorizando o cuidado desenvolvimental nos diversos âmbitos de prestação de cuidados ao RNPT, tendo em conta a realidade do país e as necessidades inerentes a essa população.

Como é evidenciado na literatura, a Enfermagem é uma área imprescindível nas organizações de saúde, com um peso preponderante no que tange à organização da assistência ao utente, o que lhe confere um papel de destaque no SNS.

Isto implica focar em um sistema que priorize além da formação de quadros, a formação contínua, apetrechando os profissionais de competências para fazerem face às exigências atuais, com base na mobilização dos recursos disponíveis.

Foi com base nesse pressuposto que incluí neste estágio este pequeno capítulo que se foca em algumas propostas de melhorias imprescindíveis para o desenvolvimento de cuidados com base nos CCD.

3.2 PROPOSTA DE MELHORIA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CABO VERDE

Como já se tinha referido neste relatório, pretende-se também investir numa organização do trabalho de enfermagem como propósito de projetar melhorias com base no “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem”, encarando sempre a família como alvo de suas intervenções.

Dessas melhorias, podemos especificar a organização de cuidados centrados no desenvolvimento (CCD), sendo ela desdobrada em sessões de formação, tanto para a equipa de enfermagem como também para o pessoal da unidade que lhe cabe gerir (Ajudantes de Serviços Gerais).

Perante a sessão de formação para os enfermeiros, o foco se encontra voltado para a sensibilização da equipa sobre a importância dos CCD, realçando o papel da família como alvo dos cuidados em pediatria, estando ela desenvolvida em formato *Power Point* com o respetivo plano de formação (Apêndices 2 e 3).

Para os Ajudantes de Serviços Gerais foi pertinente desenvolver uma sessão de formação baseada na prevenção de infeções associadas às suas intervenções no ambiente das UCIN. Esta sessão foca-se nos principais cuidados a ter na higienização das mãos do ambiente, dos equipamentos, e dos materiais, dando ênfase aos que mais estão em contacto permanente com os RNPT (Apêndice 4 e 5).

Além das referidas sessões, também se inclui protocolos com o intuito de serem seguidos como exemplo, tais como o protocolo de humidade (Apêndice 4), e o protocolo de sulfato de magnésio para proteção neurológica do RNPT (Anexo 1.) Este último é uma intervenção acessível, de baixo custo e referenciada pela OMS como sendo benéfica e com diferentes ganhos em saúde do RNPT a longo prazo.

Ainda como referido em capítulos anteriores, a continuidade da assistência pós alta é imprescindível quando se fala em CCD. Os pais são os cuidadores por excelência, o que implica estabelecer empatia para que eles se sintam próximos dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros. Neste sentido, um seguimento adequado e estruturado por parte dos enfermeiros após a alta hospitalar seria benéfico em termos de resultados a longo prazo. Para efetivar esta prática, seria imprescindível a implementação de serviços de *follow-up específicos para as crianças nascidas prematuras*, com uma equipa multidisciplinar abrangente tendo em conta as necessidades específicas desta população.

Outra proposta seria criar uma rede específica que permitiria contacto dos pais com profissionais experientes, no sentido de esclarecer as suas dúvidas após a alta hospitalar, o que lograria reduzir o número de reinternamentos hospitalares por problemas que poderiam ser evitadas precocemente, apenas com orientações específicas.

Ainda como proposta de organização dos cuidados seria importante criar uma equipa específica para trabalhar em rede e implementar sistemas de cuidados com base em áreas de referência, onde seria especificado e determinado as competências específicas de cada área.

Também nos parece recomendável a implementação de sistemas de transporte neonatal inter-hospitalar e intra-hospitalar, tanto para RNPT necessitando de cuidados de alto nível, como também para RNPT cuja intervenção requer apenas convalescença em centros com cuidados intermédios, descongestionando assim os serviços de neonatologia assumidos como referência para o país.

Com relação aos equipamentos, consumíveis e materiais específicos para os cuidados ao RNPT, seria imprescindível que houvesse uma equipa composta por profissionais experientes, incluindo enfermeiros envolvidos na seleção dos mesmos. Estes profissionais seriam responsáveis não só pela seleção destes materiais como também pela avaliação da qualidade dos mesmos.

CONCLUSÃO

É importante lembrar que o impulso para a realização deste estágio foi a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre gestão e organização de cuidados ao RNPT e seguidamente projetar mudanças a implementar no contexto profissional como Enfermeira Especialista de cuidados ao RNPT em Cabo Verde.

Os diferentes campos de estágios foram ambientes ricos e reveladores de novas experiências e aprendizagens no que concerne a gestão e organização de cuidados ao RNPT, promovendo a autoformação fundamentada numa atitude crítica e reflexiva, com base em evidência científica e em modelos teóricos de Enfermagem.

O primeiro determinante da qualidade e segurança dos cuidados nessa população é a forma de organização dos serviços de saúde envolvidos, sendo este um processo complexo em função dos diferentes fatores implicados.

Refletir criticamente sobre o papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria na gestão e organização de cuidados em UCIN implica pensar em filosofias de cuidados que promovem um crescimento e desenvolvimento saudável em contextos diferentes onde se prestam cuidados ao RNPT, estando ela visível no relato crítico apresentado para os diferentes módulos incluídas neste relatório.

Verifiquei que a equipa de enfermagem é sensível a promoção e manutenção de um ambiente que promove o desenvolvimento seguro do RNPT, assegurando intervenções relacionadas com o controlo da luminosidade, do ruído, a promoção do conforto, regulação dos estádios de sono, e ainda prestação de cuidados em parceria com os pais. Isto implica afirmar que presenciei intervenções relacionadas com os CCD através dos cuidados convencionais implementados de forma organizada com base na humanização dos cuidados.

Além do referido, ter presenciado intervenções realizadas de forma sistematizada através do *NeoNurturing* levou-me a ficar com uma ideia clara de que na organização dos CCD nem sempre estão implícitos custos dispendiosos, mas sim conhecimento por parte dos enfermeiros das filosofias atuais de cuidados, reflexão crítica sobre elas, espírito de equipa, mudança de atitudes e sentido de organização para implementação de práticas

com embasamento teórico considerando também o contexto onde estas práticas são desenvolvidas.

Presenciar na prática estes modelos de organização de cuidados permitiu-me integrar linhas orientadoras para desenvolver intervenções simples acessíveis e com custos mínimos, que além de contribuir para a redução da mortalidade no RNPT, também contribuem para melhorar a qualidade de vida destes e das suas famílias, pois o que pude verificar nas UCIN em todos os âmbitos de atuação, foram práticas de enfermagem promotoras de crescimento e desenvolvimento de acordo com evidências científicas recentes.

Pude também observar que o trabalho em UCIN com base em protocolos padrão implementados incentiva a pesquisa e a reflexão crítica, eliminando ao mesmo tempo o risco de adoção de práticas individualizadas sem embasamento teórico, que podem resultar em efeitos iatrogénicos no RNPT.

Constatei que obter resultados satisfatórios no crescimento e desenvolvimento do RNPT vai muito além de uma organização eficiente das UCIN, isto é, implica que haja uma mudança de paradigma na saúde materna e neonatal, de modo a que esses serviços trabalhem de forma organizada e interligada e que, além de estarem apetrechados de equipamentos, tenham profissionais, em especial enfermeiros, com formação específica, de forma a prestarem cuidados de qualidade e em segurança.

Observei que para que haja interligação e continuidade na prestação de cuidados ao RNPT, a forma de comunicação entre os serviços implicados na rede de referência materna e neonatal e a forma como os enfermeiros comunicam entre eles são imprescindíveis para conseguir resultados positivos. A cada saída ou transferência de qualquer RNPT de qualquer serviço na rede de referência, estes vão acompanhados de uma carta de alta de enfermagem, facilitando assim a continuidade de cuidados e ainda a comunicação aquando da transferência, seja ela para cuidados diferenciados seja para convalescença dos mesmos.

Por ter trabalhado em turnos onde se encontrava uma enfermeira integrante das unidades coordenadoras funcionais, organismo este, que assume papel de destaque nos resultados de saúde na área materna e neonatal em Portugal, pude verificar que ter conhecimento e experiência avançada, leva o enfermeiro a assumir papel de destaque nas organizações,

levando a que o papel da enfermagem seja reconhecida em todos os níveis de atenção em saúde.

Uma boa comunicação entre o enfermeiro gestor, os enfermeiros responsáveis de turno e entre estes e os demais elementos da equipa, não só durante a prestação de cuidados, como também em âmbito de gestão e organização dos recursos disponíveis, é imprescindível para obter resultados positivos no que concerne a melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao RNPT. Esta comunicação é visível, por exemplo, através do interesse demonstrado em colaborar de forma positiva nos testes dos equipamentos disponibilizados pelas diferentes firmas, quando são lançados concursos para aquisição dos mesmos. A equipa zela em comum para que os equipamentos sejam escolhidos de forma segura, proporcionando assim cuidados com segurança, cumprindo com a missão da organização.

Neste sentido, é visível um grande papel do líder de enfermagem, isto é, ser capaz de manter uma equipa coesa, motivada, dinâmica e que acima de tudo, consiga adaptar os recursos materiais e o ambiente às situações e ao contexto organizacional, visando uma busca contínua da melhoria da qualidade nos cuidados, ou seja uma equipa trabalhando com os mesmos objetivos e a mesma direção.

Embora eu tenha optado para estágio com relatório, para grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil Pediatria, obrigatoriamente o trabalho final deverá incluir uma componente de investigação, estando ela desenvolvida através de uma revisão integrativa da literatura sobre Estratégias Promotoras do Aleitamento Materno nos lactentes Nascidos Prematuros no módulo VI.

Com esta revisão integrativa foi possível resumir orientações para implementação de estratégias promotoras do aleitamento materno nos latentes prematuros, sendo a maioria acessíveis para diferentes contextos, incluindo os com fracos recursos, necessitando apenas de mudança de atitudes.

O aleitamento materno nos prematuros é uma temática vasta, com um amplo campo de pesquisa, merecendo investigação para que os seus benefícios sejam melhor aproveitados nesta população, estando os enfermeiros em posição privilegiada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ¹⁾

- Academia Americana de Pediatria. (2016). Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *PEDIATRICS*, *137*(2), e20154271–e20154271. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4271>
- Ahamed, M. F., Campbell, D., Horan, S., & Rosen, O. (2018). Noise Reduction in the Neonatal Intensive Care Unit: A Quality Improvement Initiative. *American Journal of Medical Quality*, *33*(2), 177–184. <https://doi.org/10.1177/1062860617711563>
- Almadhoob, A., & Ohlsson, A. (2015). Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birthweight infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010333.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Almeida, A., Torres, A., Matos, L., & Maia, T. (2008). Luz na unidade de cuidados intensivos neonatais. In *Jornadas Nacionais de Neonatologia*. Viseu, Portugal. Retrieved from https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Luz_UCIN.pdf
- Almeida, M. F. B. de, & Guinsburg, R. (2016). Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Sociedade Brasileira de Pediatria*, (1), 1–5. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Almqvist-Tangen, G., Bergman, S., Dahlgren, J., Roswall, J., & Alm, B. (2012). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatrica*, *101*(1), 55–60. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02405.x>
- Als, H. (1986). A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, *6*(3–4), 3–53. https://doi.org/10.1080/J006v06n03_02
- Als, H. (2004). Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros.

¹⁾ Os artigos incluídos na revisão integrativa estão assinalados com um asterisco.

In *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* (pp. 1–6).

Retrieved from <http://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes>

Als, H. (2004). Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros.

In *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* (pp. 1–6).

Retrieved from <http://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes>

Als, H., & McAnulty, G. B. (2011). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC):

Comprehensive Care for Preterm Infants. *Current Women's Health Reviews*, 7(3), 288–301. <https://doi.org/10.2174/157340411796355216>

Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22.

<https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>

Alves Cordeiro, R., & Costa, R. (2014). Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: Uma construção coletiva da enfermagem.

Texto Contexto Enfermagem, 23(1), 185–192. Retrieved from

http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf

Andreazza, M. G., Motter, A. A., Cat, M. L., & Silva, R. P. G. V. C. da. (2018).

Percepção da dor em neonatos pela equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 19(4), 133–139. <https://doi.org/10.21722/rbps.v19i4.19813>

Aredes, N. D. A., Santos, R. C. de A., & Fonseca, L. M. M. (2017). Cuidados com a

pele do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19(1), 1–25. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>

Areia, A. L., Almeida, M. F., José, A., & Braga, C. (2018). Corticotherapy for fetal lung maturation. *Acta Obstet Ginecol Port*, 12(4), 311–313.

Associação dos Bissaynhos Nascidos Antes do Tempo. (2019). Associação dos

Bissaynhos Nascidos Antes do Tempo. Retrieved October 21, 2019, from <http://www.bissaynhos.pt/>

- Bailas, C. (2016). *Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. Retrieved from <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002099.pub3>
- Balsanelli, A. P., & Cunha, I. C. K. O. (2015). Nursing leadership in intensive care units and its relationship to the work environment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 106–113. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0150.2531>
- Balsanelli, A. P., & Cunha, I. C. K. O. (2016). Liderança ideal e real dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva em hospitais privados e públicos. *Cogitare Enfermagem*, 21(1), 1–7. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.42129>
- Barbosa, T. D. F., Lima, L. de F., & Souto, R. C. F. (2017). Doença neonatal associada ao estreptococo do grupo B. *Saúde.Com*, 13(4), 1027–1033. <https://doi.org/10.22481/rsc.v13i4.526>
- Barradas, A. M. C. R. (2008). *Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Aberta. Lisboa, Portugal. Retrieved from <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/735>
- Batalha, L. M. C. (2010a). *Dor em Pediatria: Comprender para Mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C. (2010b). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(2), 73–80.
- *Bennett, C. F., & Grassley, J. S. (2017). A Community Partnership to Support Breastfeeding Mothers of Late Preterm Infants. *Nursing for Women's Health*, 21(4), 274–282. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.06.004>
- Betancourt-Fuentes, C. E., Calpulalpan-Bañuelos, M., González-Mendoza, J., Ordoñez-García, C. V., Yebra-Dueñas, J. D. D., & León, J. C. B. (2011). Ruido, iluminación y manipulación en recién nacidos en una UCIN. *Revista de la Facultad de Psicología de la UNAM*, 19(3), 2011.
- Bispo, P. R. R. (2011). *Cuidado entrado na família do recém-nascido: Alegações dos profissionais de saúde (Tese de Mestrado)*. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Brasil. Retrieved from

https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9148/1/arquivo1477_1.pdf

Bittar, R. E. (2018). Parto pré-termo. *Revista de Medicina*, 97(2), 195.

<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p195-207>

Braga, P. P., & De Sena, R. R. (2012). Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25(6).

Brás, M. S. L. (2014). *A parentalidade positiva rumo a capacitação parental (Tese de Mestrado)*. Instituto Politécnico de Santarém. Santarém, Portugal.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Atenção à saúde do recém-nascido: Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Guia para os profissionais de saúde*. Brasília.

Retrieved from <http://www.saude.gov.br/editora>

Brun Pascaud, M. (1998). XXII. Evaluation of drug efficacy by using animal models or in vitro systems. *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, 22(1–2), 173–179. [https://doi.org/10.1016/S0928-8244\(98\)00076-5](https://doi.org/10.1016/S0928-8244(98)00076-5)

Burke, S. (2018). Systematic review of developmental care interventions in the neonatal intensive care unit since 2006. *Journal of Child Health Care*, 22(2), 269–286. <https://doi.org/10.1177/1367493517753085>

Camargo, C. C. dos S., Pereira, S. A., & Moran, C. A. (2017). Estimulação sensório-motora em unidade de terapia intensiva neonatal: efeitos e técnicas. *Revista Eletrônica Saúde e Ciência*, 07(02), 62 a 68. Retrieved from https://rescceafi.com.br/vol7/n2/artigo_06_pag_62-68.pdf

Casimiro, S. M. S. (2015). *Padrões de qualidade na administração e gestão em enfermagem (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Cavaggioni, A. P. M., Tomaz, M. C., & Benincasa, M. (2018). Intervenções psicológicas com famílias de bebês prematuros em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. *Revista de Ciências Médicas*, 26(3), 93. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n3a3873>

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E. (2016). *Relatório de Governo Societário ano 2016*. Coimbra, Portugal. Retrieved from <https://www.chuc.min->

saude.pt/media/relatorios_contas/2016/Relatorio_do_Governo_Societario_CHUC_2016.pdf

Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A.-B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., ... Gülmezoglu, A. M. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health*, 7(1), e37–e46. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30451-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0)

Chetwynd, E. M., Wasser, H. M., & Poole, C. (2019). Breastfeeding Support Interventions by International Board Certified Lactation Consultants: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Journal of Human Lactation*, 35(3), 424–440. <https://doi.org/10.1177/0890334419851482>

Chopin, F., Galvão, V., Pessoa, L., Júnior, D. C., Tristão, R. M., & Grossawasser, J. (2010). NIDCAP e maturação do sono de prematuros: uma solução aplicável nas UCIN? *Revista Saúde & Ciência Online*, 1(2), 101–105. Retrieved from <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/14/17>

Chora, M. A., & Azougado, C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma Revisão Narrativa. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(3), 357. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).357](https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).357)

Christovam, B. P., Porto, I. S., & Oliveira, D. C. de. (2012). Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(3), 734–741. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>

Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(6), 666–691. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x>

Collins, C. T., Gillis, J., McPhee, A. J., Sukanuma, H., & Makrides, M. (2016). Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005252. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005252.pub4>

- Comissão Nacional da Saúde Materna da Criança e do Adolescente. (2012). Carta hospitalar materna da criança e adolescente ARS norte. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 085201. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente. (2012). *Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente*. Retrieved from [https://www.spp.pt/UserFiles/file/documentos oficiais/CNSMCA 2012 Carta Hospitalar Materna da Crianca e do Adolescente.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/documentos%20oficiais/CNSMCA%202012%20Carta%20Hospitalar%20Materna%20da%20Crianca%20e%20do%20Adolescente.pdf)
- Corrêa, A. R., Andrade, A. C. de, Manzo, B. F., Couto, D. L., & Duarte, E. D. (2015). The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(4), 629–634. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150084>
- Correia, C. Q. de O. S., Mendonça, A. E. O. de, & Souza, N. L. de. (2014). Produção científica sobre ruídos na unidade de terapia intensiva neonatal: Revisão integrativa, 8, 2406–2412. <https://doi.org/10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807suppl201428>
- Correia, S. C. F. R. (2017). *A deambulação na primeira fase do trabalho de parto (Tese de Mestrado)*. Escola superior de Enfermagem do Porto, Porto. Portugal. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21840/1/Relatorio final estágio.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21840/1/Relatorio%20final%20est%C3%A1gio.pdf)
- Costa, H. de P. F. (2011). Prevenção da Doença Perinatal Pelo Estreptococo do Grupo B. *Sbp*, 1–18. Retrieved from https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/SBPEGBCDC2011-2.pdf
- Cruz, I. R. da. (2018). *O cuidado para o desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para melhor cuidar (Dissertação de Mestrado)*. Lisboa. Portugal.
- Cunha, P. M., Rego, C. A., Cunha, C. R., Cardoso, C. C., & Neves, C. (2016). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (8ª ed). Lisboa.
- Dadalto, E. C. V., & Rosa, E. M. (2017). Knowledge about the benefits of breastfeeding and disadvantages of the pacifier related to the mother's practice with preterm infants. *Revista Paulista de Pediatria*, 35(4), 399–406. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;4;00005>

- Damasceno, J. R., Carvalho Da Silva, R. C., Guimarães, F. R., Neto, X., Gomes, A., Ferreira, N., ... Machado, M. T. (2014). Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. / V, 14(1)*, 40–46.
- * Davidson, J., Ruthazer, R., & Maron, J. L. (2019). Optimal Timing to Utilize Olfactory Stimulation with Maternal Breast Milk to Improve Oral Feeding Skills in the Premature Newborn. *Breastfeeding Medicine, 14(4)*, 230–235.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0180>
- Direção Geral da Saúde. (2015). Prescrição de Palivizumab para Prevenção de Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório em Crianças de Risco. *Direção Geral Da Saúde*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122013-de-30072013-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2001). Rede de referenciação materno-infantil.
- Dräger. (2019). La influencia de la luz en los bebés prematuros. Retrieved July 6, 2019, from https://www.draeger.com/es_mx/Hospital/Neonatal-Care/Developmental-Care/Light
- * Estalella, I., San Millán, J., Trincado, M. J., Maquibar, A., Martínez-Indart, L., & San Sebastián, M. (2018). Evaluation of an intervention supporting breastfeeding among late-preterm infants during in-hospital stay. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.003>
- Feitosa, A. R. D. S., Fontinele, L. F., Santiago, A. K. C., Oliveira, L. D. A. M., & Costa, G. D. S. (2018). Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos prematuros: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR BJSCR, 22(1)*, 100–106. Retrieved from <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Fernandes, A. M. (2010). *Kangaroo Mother Care, Sucrose Responses of Preterm Infants To Procedural Pain (Tese de Doutoramento)*. Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/2406>
- Fernandes, N., & Silva, E. (2015). Parents' experience during the hospitalisation of the preterm infant. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(Nº 4)*, 107–115.

<https://doi.org/10.12707/RIV14032>

- Ferraz, L. P. L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: Estudo sobre as práticas em unidades neonatais Portuguesas (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Ferreira, C. E. G. (2019). *Fatores que influenciam o abandono da amamentação na população Portuguesa: Revisão integrativa com base nas publicações constantes no RCAAP (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal.
- Frade, F. A. M. (2015). *A Promoção do empowerment dos pais na UCEN-Uma intervenção de enfermagem (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16415/1/Relatório de Estágio_O Empowerment dos Pais na UCEN_Uma Intervenção de Enfermagem_Filipa Frade.pdf
- Freddi, N. A., Filho, J. O. P., & Fiori, H. H. (2003). Terapia com surfactante pulmonar exógeno em pediatria. *Jornal de Pediatria*, 79(SUPPL. 2), 205–212.
- Frederico, M., & Leitão, A. M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Freitas, O. M. da S. (2014). *Efeito da massagem no recém-nascido*. Coimbra: Formasau,.
- Gameiro, F. J. S. (2018). *Comparação das temperaturas axilares e cutâneas em recém-nascidos prematuros: Revisão sistemática da literatura (Dissertação de mestrado)*. Viseu, Portugal. Retrieved from http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5046/1/Fernando_Jose_Silva_Gameiro_DM.pdf
- Gomes, M. F. P., Silva, N. S. da, Capellini, V. K., & Santos, M. S. (2017). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado humanizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira Ciências Da Saúde - USCS*, 15(52), 38–42. <https://doi.org/10.13037/ras.vol15n52.4434>
- Gorzílio, M. D. (2013). *Desenvolvimento neurocomportamental em neonatos pré-termo hospitalizados relacionado com indicadores de estresse e dor (Dissertação de*

- mestrado*). Faculdade de Filosofia de Ciências e Letras. Universidade de São Paulo. Brasil.
- Hannah, F., Juliane, R., Oliveira, T. De, Luís, J., Lima, A., Magalhães, P., ... Florianópolis-sc, P. D. P. E. (2017). Gerência do cuidado e governança de enfermagem em uma maternidade: teoria fundamentada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1347–1353.
- Heidelise Alls, Duffy, F., & McAnulty, G. (1996). Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit (NICU). *Acta Paediatrica*, 85(s416), 21–30. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1996.tb14273.x>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Imprensa Nacional de Cabo Verde. (2019). Boletim Oficial, I Série nº79. Retrieved from [www.parlamento.cv/userfiles/file/Proposta de Lei- cria a Ordem dos Enfermeiros de CV.pdf](http://www.parlamento.cv/userfiles/file/Proposta%20de%20Lei-cria%20a%20Ordem%20dos%20Enfermeiros%20de%20CV.pdf)
- International Council of Nurses, (ICN). (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa: Lusodidata. Retrieved from https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Jordão, K. R., Pinto, L. D. A. P., Machado, L. R., Costa, L. B. V. D. L., & Trajano, E. T. L. (2016). Possible stressors in a neonatal intensive care unit at a university hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 310–314. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160041>
- Jurica, S. A., Čolić, A., Gverić-Ahmetašević, S., Lončarević, D., Filipović-Grčić, B., Stipanović-Kastelić, J., ... Resic, A. (2016). Skin of the very premature newborn – physiology and care. *Paediatrica Croatica*, 60(1), 21–26. <https://doi.org/10.13112/PC.2016.4>
- Klock, P. (2014). *Gerência do cuidado de enfermagem: Incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal (Tese de doutoramento)*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Knobel, R. B. (2014). Role of effective thermoregulation in premature neonates. *Research and Reports in Neonatology*, 4, 147.

<https://doi.org/10.2147/RRN.S52377>

- * Kuhnly, J. E. (2015). Strategies to Support Sustained Breastfeeding of Late Preterm Multiple Birth Infants. *Nursing for Women's Health, 19*(5), 439–444. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.12236>
- Laubach, V., Wilhelm, P., & Carter, K. (2014). Shhh... I'm Growing: Noise in the NICU. *Nursing Clinics of North America, 49*(3), 329–344. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.007>
- Lemes, E. F., Silva, T. H. M. M., Correr, A. de M. A., Almeida, E. O. C. de, & Luchesi, K. F. (2015). Estimulação sensoriomotora intra e extra-oral em neonatos prematuros: revisão bibliográfica. *Revista CEFAC, 17*(3), 945–955. <https://doi.org/10.1590/1982-021620159414>
- Lima, E. da C., Santos, L. M. dos, Santos, S. C. dos, Chistoffel, M. M., & Kerber, N. P. da C. (2018). Vivências de familiares durante o trabalho de parto pré-termo. *Revista Cuidarte, 10*(1), 1–13. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.616>
- Lindau, J. F., Mastroeni, S., Gaddini, A., Di Lallo, D., Nastro, P. F., Patanè, M., ... Fortes, C. (2015). Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an “at risk population” for special support. *European Journal of Pediatrics, 174*(4), 533–540. <https://doi.org/10.1007/s00431-014-2428-x>
- Lopes, L. E. S., Menezes, G. D., Catarina, R., Andrade, M. E. de, & Souza, D. S. de. (2017). Métodos não farmacológicos para alívio da dor do recém nascido durante procedimentos invasivos. *Unit, 1*–4. Retrieved from <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/6015/2052>
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 1), 109–118. <https://doi.org/10.12707/RII1047>
- Loureiro, M. (n.d.). Viabilidade e Prematuridade: Há limites? Abordagem clínica e ética. *Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra Portugal, 1*–33.
- Machado, N. de J. B. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação (Tese de Doutoramento)*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Portugal. Retrieved from <https://www.bertelsmann->

stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/MT_Globalizati
on_Report_2018.pdf%0Ahttp://eprints.lse.ac.uk/43447/1/India_globalisation%2C
society and inequalities%28lsero%29.pdf%0Ahttps://www.quora.com/What-is-the

- Macho, P. (2017). Individualized Developmental Care in the NICU. *Advances in Neonatal Care*, 17(3), 162–174. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000374>
- Mafetoni, R. R., & Shimo, A. K. K. (2014). Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 505–512. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140037>
- Maguire, C. M., Walther, F. J., Sprij, A. J., Le Cessie, S., Wit, J. M., & Veen, S. (2009). Effects of Individualized Developmental Care in a Randomized Trial of Preterm Infants <32 Weeks. *PEDIATRICS*, 124(4), 1021–1030. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1881>
- Magzoub, N., Salama, H., Alburaidi, A., Zeed, M. A., & Thampan, J. (2016). Humidity levels inside newborn incubators used in the neonatal intensive care unit (NICU). *Neonatology Today*. Retrieved from <http://www.neonatologytoday.net/newsletters/nt-jan16.pdf>
- Malagutty, W., & Caetano, C. C. (2009). *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro: Rubio Ltda.
- Marciano, R. (2017). Representações maternas acerca do nascimento prematuro. *Rev. SBPH*, 20(1), 143–164.
- Marski, B. de S. L., Facio, B. C., Ichisato, S. M. T., Barba, P. C. de S. Della, & Wernet, M. (2018). Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 6), 2758–2766. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0912>
- Martins, C., & Curado, M. (2017). Observation Neonatal Skin Risk Assessment Scale: statistical validation with newborns. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(13), 43–52. <https://doi.org/10.12707/RIV16082>
- Martins, C. F., Fialho, F. A., Dias, I. V., & Alvim, J. (2011, August 10). Unidade de terapia intensiva neonatal : O papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. *Revista de Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro*, 1(2), 268–276. Retrieved from <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/44/126>

- Martins, C. P., & Tapia, C. E. V. (2009). A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 778–783.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle range and situation pecific theories in nursing research and practice*. New york: Springer Publishing Company.
Retrieved from
https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Melnyk, B., & Feinstein, N. (2019). COPE for HOPE. Retrieved June 20, 2019, from <http://www.copeforhope.com/test.php>
- Melnyk, B. M., & Feinstein, N. F. (2009). Reducing Hospital Expenditures With the COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment) Program for Parents and Premature Infants. *Nursing Administration Quarterly*, 33(1), 32–37.
<https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000343346.47795.13>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mendes, L. (2013). *Nutrição parentérica em recém-nascidos prematuros (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, Portugal.
- Ministério da Saúde, de Cabo Verde, Direção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão (2015). *Plano estratégico de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde 2015-2020*. Praia, Cabo Verde. Retrieved from <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/336-plano-estrategico-de-desenvolvimento-dos-recursos-humanos-da-saude/file>
- Mirghafourvand, M., Ouladsahebmadarek, E., Hosseini, M. B., Heidarabadi, S., Asghari-Jafarabadi, M., & Hasanpour, S. (2016). The Effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment Program on Parent’s Mental Health: A Systematic Review. *Iranian Journal of Pediatrics*, 27(2).
<https://doi.org/10.5812/ijp.5704>

- Monfrim, X. M., Saraiva, L. D. A., Moraes, C. L. de, & Viegas, A. D. C. (2015). Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 5(1), 12–22. <https://doi.org/10.5902/2179769215049>
- * Moudi, Z., Molashahi, B., Imani, M., & Ansari, H. (2017). Effects of a feasible supportive care program on breastfeeding behaviors and neonatal outcomes among the late preterm newborns in the south east of Iran. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(5), 238–241. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.02.008>
- Mourato, C. M. (2015). *Preparação para a parentalidade: Intervenções do EEESMO que contribuem para uma parentalidade saudável (Dissertação de mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16005/1/relatorio_cristina_Isabel_Balona_Delfino.pdf
- Naka, S. H., Freire, M. H., & Silva, R. P. da. (2016). Repercussões do uso de incubadoras umidificadas na regulação térmica do prematuro: Uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem* 1, (1), 402. <https://doi.org/10.18471/rbe.v1i1.15234>
- Nalom, A. F. de O., Soares, A. J. C., & Cárnio, M. S. (2015). The relevance of receptive vocabulary in reading comprehension. *CoDAS*, 27(4), 333–338. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20152015016>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems Model. In *The Neuman Systems Model, 5ª ed.* (pp. 20–50). Retrieved from https://the-eye.eu/public/Books/BioMed/The_Neuman_Systems_Model_5th_ed.%5Bnursing_ed.%5D_-_B._Neuman%2C_et_al.%2C_%28Pearson%2C_2011%29_WW.pdf
- Nunes, C. R., Abdala, L. G., & Beghetto, M. G. (2014). Acompanhamento dos desfechos clínicos no primeiro ano de vida de prematuros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(4), 21–27. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000400003>
- Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) de Cabo Verde 2015. (2015). Praia, Cabo Verde. Retrieved from <https://interlusofona.info/relatorio-odm-cabo-verde-2015/>
- Ohlsson, A., & Jacobs, S. E. (2013). NIDCAP: A Systematic Review and Meta-analyses

of Randomized Controlled Trials. *PEDIATRICS*, 132(2), e553–e557.
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-1447E>

- Oliveira, J. L. C. de, Toso, B. R. G. de O., & Matsuda, L. M. (2018). Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2060–2065. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0115>
- Oliveira, M. (2016). Aleitamento materno: Estudo de prevalência e fatores condicionantes nos primeiros seis meses de vida. *Pensar Enfermagem*, 20(1). Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_4_15.pdf
- OMS. (2019a). Nacimientos prematuros. Retrieved May 8, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- OMS. (2019b). Nacimientos prematuros. Retrieved April 7, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- OMS. (2019c). WHO | Breastfeeding of low-birth-weight infants.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, 1–37. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento das competencias comuns do enfermeiro especialista, 2015. Portugal. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1–13. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9406/pparecerplusnºplus10_2018_31082_018_mceesip_dotaçõesplusseguras_iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 2ª Série - Nº 133 - 12 de Julho de 2018. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Organização Mundial da Saúde. (2019). Recém-nascido | WHO | Escritório Regional para a África. Retrieved August 4, 2019, from <https://www.afro.who.int/health-topics/newborn>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva. Retrieved from www.who.int/reproductivehealth
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2017). *Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia*. Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Retrieved from https://www.caism.unicamp.br/PDF/Guia_Prevencao_IRAS_PORTUGUES_1.pdf
- Orsi, K. C. S. C., Llaguno, N. S., Avelar, A. F. M., Tsunemi, M. H., Pedreira, M. da L. G., Sato, M. H., & Pinheiro, E. M. (2015). Effect of reducing sensory and environmental stimuli during hospitalized premature infant sleep. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49(4), 0550–0555. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400003>
- Otoni, A. C. S., & Grave, M. T. Q. (2014). Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 25(2), 151. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p151-158>
- Pacheco, S. T. de A., Rodrigues, B. M. R. D., Dionísio, M. C. R., Machado, A. da C. C., Coutinho, K. A. A., & Gomes, A. P. R. (2013). Cuidado centrado na família: Aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. *Revista Enfermagem*, 21(1), 106–112.
- Peixoto, J. C. (2017). A organização da rede de cuidados de Saúde Infantil e Juvenil em Portugal. In *Lições de Pediatria Vol. I e II* (pp. 21–31). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_2
- Peixoto, P. V., Araújo, M. A. N. de, Kakehashi, T. Y., & Pinheiro, E. M. (2011). Nível

de pressão sonora em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 6(45), 1309–1314.
Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600005

- Pepino, V. C., & Mezzacappa, M. A. (2015). Application of tactile/kinesthetic stimulation in preterm infants: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 91(3), 213–233. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.10.005>
- Pineda, R., Guth, R., Herring, A., Reynolds, L., Oberle, S., & Smith, J. (2017). Enhancing sensory experiences for very preterm infants in the NICU: an integrative review. *Journal of Perinatology*, 37(4), 323–332. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.179>
- Pinto, M., Silva, C. F. G. da, Munari, M. M., Almeida, C. S. de, & Resende, T. de L. (2008). Intervenção motora precoce em neonatos prematuros. *Revista Da Graduação*, 1(2). Retrieved from <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/4128>
- Pissarra, S., Gouvea, C., Valente, S., Azevedo, S., & Silva, E. (2013). Consenso Clínico. *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*, 1–14.
- Ramachandran, S., & Dutta, S. (2013). Early developmental care interventions of preterm very low birth weight infants. *Indian Pediatrics*, 50(8), 765–770. <https://doi.org/10.1007/s13312-013-0221-y>
- Ramm, K., Mannix, T., Parry, Y., & Gaffney, M. P. (Caroline). (2017). A Comparison of Sound Levels in Open Plan Versus Pods in a Neonatal Intensive Care Unit. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(3), 30–39. <https://doi.org/10.1177/1937586716668636>
- Ramos, H. Â. de C., & Cuman, R. K. N. (2009). Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery*, 13(2), 297–304. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200009>
- Relatório Estatístico 2017. (2018). Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde. Praia, Cabo Verde Retrieved from <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-/1/496-relatorio-estatistico-de-2017-mss-spsa-03-05-2019/file>
- Ricci, S. S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan.

- Rodriguez, R., & Pattini, A. (2016). Iluminación en unidades de cuidados intensivos neonatales: actualización y recomendaciones. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *114*(04). <https://doi.org/10.5546/aap.2016.361>
- Rogovik, A. L., Carleton, B., Solimano, A., & Goldman, R. D. (2010). Palivizumab for the prevention of respiratory syncytial virus infection. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, *56*(8), 769–772. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20705882>
- Rojas, J. G., Henao-Murillo, N. A., & Quirós-Jaramillo, A. (2011). A Tool for Calculating the Nursing Staff at Neonatal Intensive Care Units. *Aquichan*, *11*(2), 126–139. <https://doi.org/10.5294/aqui.2011.11.2.1>
- Rolim, K. M. C., Araújo, A. F. P. C., Campos, N. M. M., Lopes, S. M. B., Gurgel, E. de P. P., & Campos, A. do C. S. (2010). Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: O olhar da enfermeira. *Rev. RENE*, *11*(2), 44–52. Retrieved from http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14664/1/2010_art_kmcrolim.pdf
- Rosa, N. R. P. S. (2013). *Estimulação sensório motora a neonatos prétermos em unidade de cuidados intensivos neonatais -Revisão de literatura, Dissertação de Mestrado*. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu. Portugal. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2065/1/ROSA%2CNisaRubinaPereiraSouto-Dissertaçãomestrado.pdf>
- Roth, J., Morse, S. B., & Klock, P. (2004). Programas e serviços de apoio a bebês prematuros . Comentários sobre Als , Westrup , e Mallik e Spiker. In *Enciclopedia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infancia* (pp. 1–5). College of Medicine, University of Florida. Retrieved from <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2568/programas-e-servicos-de-apoio-a-bebes-prematuros.-comentarios-sobre-als-westrup-e-mallik-e-spiker.pdf>
- Roychoudhury, S., & Yusuf, K. (2017). Thermoregulation: Advances in Preterm Infants. *NeoReviews*, *18*(12), e692–e702. <https://doi.org/10.1542/neo.18-12-e692>
- Rubia, A. da S. C., & Torati, C. V. (2016). Humanização em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. *Salus Journal of Health Sciences*, *2*(1), 79–86. <https://doi.org/10.5935/2447-7826.20160010>

- Salcedo, E. A. de C., & Marba, S. tadeu martins. (2015). Programa de regionalização na assistência neonatal uma visão do serviço social na atenção à saúde. *Serviço Social e Saúde*, 4(1), 121. <https://doi.org/10.20396/sss.v4i1.8634980>
- Santos, A. M. G., Viera, C. S., Bertolini, G. R. F., Osaku, E. F., Costa, C. R. L. de M., & Grebinski, A. T. K. G. (2017). Physiological and behavioural effects of preterm infant positioning in a neonatal intensive care unit. *British Journal of Midwifery*, 25(10), 647–654. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.10.647>
- Santos, L. M., Pereira, M. P., Santos, L. F. N. dos, & Santana, R. C. B. de. (2012). Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*, 65(1), 27–33.
- Santos, S. V., & Costa, R. (2015). Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: O conhecimento da equipa de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 731–739. https://doi.org/10.1590/0104-0707201501123_014
- * Shattnawi, K. K. (2017). Healthcare Professionals' Attitudes and Practices in Supporting and Promoting the Breastfeeding of Preterm Infants in NICUs. *Advances in Neonatal Care*, 17(5), 390–399. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000421>
- Silva, C. M. e, Pellegrinelli, A. L. R., Pereira, S. C. L., Passos, I. R., & Santos, L. C. dos. (2017). Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1661–1671. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.14442015>
- Silva, T. R. G. da, Manzo, B. F., Fioreti, F. C. C. de F., & Silva, P. M. (2016). Family-centered care from the perspective of nurses in the Neonatal Intensive Care Unit. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(5), 643. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500009>
- Silva, W. F. da, & Guedes, Z. C. F. (2012). Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Revista CEFAC*, 15(1), 160–171. <https://doi.org/10.1590/s1516-18462012005000055>
- Silva, M. C. T. (2015). *Impacto do programa de preparação para a parentalidade na satisfação da mulher com o parto: Gestão de cuidados de saúde (Dissertação de Mestrado)*. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, Portugal. Retrieved from

<http://weekly.cnbnews.com/news/article.html?no=124000>

- Silva, M. T. M. da C. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável – Melhoria da qualidade (Tese de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- * Simmer, K., Kok, C., Nancarrow, K., Hepworth, A. R., & Geddes, D. T. (2016). Novel feeding system to promote establishment of breastfeeds after preterm birth: a randomized controlled trial. *Journal of Perinatology*, *36*(3), 210–215. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.184>
- SNS, Serviço Nacional de Saúde (2019). Redes de Referência Hospitalar – SNS. Retrieved July 4, 2019, from <https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar/>
- Sobrinho, A. B., Bernardo, J. M. S., Alexandre, A. C. S., Leite-Salgueiro, C. D. B., & Oliveira, V. L. de. (2018). Liderança do Enfermeiro : Reflexões Sobre o Papel do Enfermeiro no Contexto Hospitalar. *Id on Line, Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, *12*(41), 693–710.
- Souza, F. I. S. de, Teske, M., & Sarni, R. O. S. (2008). Nutrição parenteral no recém-nascido pré-termo: proposta de protocolo prático. *Revista Paulista de Pediatria*, *26*(3), 278–289. <https://doi.org/10.1590/s0103-05822008000300013>
- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e administração em enfermagem*. Loures: Lusociencia.
- Tareco, E., & Fernandes, S. (2016). Sistemas de informação como indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Uma revisão da literatura. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, *2*(2012), 297–306.
- Tessier, R., Cristo, M. B., Velez, S., Giron, M., Nadeau, L., Figueroa de Calume, Z., ... Charpak, N. (2003). Kangaroo Mother Care: A method for protecting high-risk low-birth-weight and premature infants against developmental delay. *Infant Behavior and Development*, *26*(3), 384–397. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(03\)00037-7](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(03)00037-7)
- Toso, B. R. G. de O., Viera, C. S., Valter, J. M., Delatore, S., & Barreto, G. M. S. (2015). Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *68*(6), 1147–1153.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680621i>

Treviso, P., Peres, S. C., Silva, A. D. da, & Santos, A. A. dos. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista de Administração Em Saúde*, 17(69).

<https://doi.org/10.23973/ras.69.59>

Valdés-de la Torre, G. E., Martina Luna, M., Braverman Bronstein, A., Iglesias Leboreiro, J., & Bernárdez Zapata, I. (2018). Medición comparativa de la intensidad de ruido dentro y fuera de incubadoras cerradas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 32(2), 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.06.002>

van der Pal, S., Maguire, C. M., Le Cessie, S., Veen, S., Wit, J. M., Walther, F. J., & Bruil, J. (2008). Parental Stress and Child Behavior and Temperament in the First Year After the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. *Journal of Early Intervention*, 30(2), 102–115.

<https://doi.org/10.1177/1053815107313485>

Venkataraman, R., Kamaluddeen, M., Amin, H., & Lodha, A. (2018). Is Less Noise, Light and Parental/Caregiver Stress in the Neonatal Intensive Care Unit Better for Neonates? *Indian Pediatrics*, 55(1), 17–21. Retrieved from

<https://indianpediatrics.net/jan2018/17.pdf>

Vieira, M., & Reis, A. (2017). Capacitação dos pais no pós-parto para a promoção da saúde do bebé: revisão sistemática da literatura, 5(2), 132–143. Retrieved from

<http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

Viera, C. S., Rech, R., Oliveira, B. R. G. de, & Maraschin, M. S. (2013). Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após alta hospitalar: avaliando o crescimento ponderal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 407–415.

<https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.17427>

Villamizar-Carvajal, B., Vargas-Porras, C., & García-Corzo, J. R. (2018). Decrease of premature mothers' stress levels in the intensive care unit. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 29(3), 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2017.12.003>

Volkmer, A. S. F. (2009). *O efeito clínico da chupeta no recém-nascido prematuro (Dissertação de Mestrado)*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, Brazil.

Westrup, B. (2017). Apoio para o desenvolvimento centrado na família, em unidades de

cuidados neonatais intensivos. Retrieved from <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2568/apoio-para-o-desenvolvimento-centrado-na-familia-em-unidades-de-cuidados-neonatais-intensivos.pdf>

World Health Organization (2018), Hospitals in the health system. *WHO*. Retrieved from <https://www.who.int/hospitals/hospitals-in-the-health-system/en/>

World Health Organization, & UNICEF (2019). *Survive & thrive: Transforming care for every small and sick newborn*. World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.

World Health Organization. (2012a). Born too soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva. Retrieved from https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

World Health Organization. (2012b). *Born too soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva. Retrieved from https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

World Health Organization. (2019). Preterm Birth. Retrieved December 4, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Zugaib, M. (2008). *Zugaib obstetricia*. São Paulo, Brazil: Manole Ltda.

PÊNDICES

Apêndice 1

Tabela de colheita de Dados da Revisão Integrativa

| Estudo (Autores, data) | País de realização do estudo/ Filiação profissional dos autores | Objetivos dos estudos | Estratégias utilizadas | Evidências de eficácia |
|--|---|--|---|---|
| <p>Optimal Timing to Utilize Olfactory Stimulation with Maternal Breast Milk to Improve Oral Feeding Skills in the Premature Newborn.</p> <p>Autores: (Davidson et al., 2019)</p> | <p>País: Estados Unidos, Boston</p> <p>1 Division of Newborn Medicine, Department of Pediatrics, University of Utah, Salt Lake City, Utah;</p> <p>2 Institute for Clinical Research and Health Policy Studies, Biostatistics, Epidemiology, and Research Design Center, Tufts Medical Center, Boston, Massachusetts;</p> <p>3 Tufts Clinical and Translational Science Institute, Tufts University, Boston, Massachusetts;</p> <p>4 Mother Infant Research Institute, Tufts Medical Center, Boston, Massachusetts;</p> | <p>Determinar respostas individuais à estimulação olfativa com leite materno nos resultados da alimentação em recém-nascidos prematuros.</p> | <p>Estimulação olfativa com leite materno</p> | <p>Estudo mostrou-se eficaz na:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aceleração da maturidade oral nos prematuros especialmente os < 31 semanas de Idade gestacional ✓ Redução do tempo de internamento ✓ Promoção do aleitamento materno a curto prazo ✓ Redução dos custos tanto para as famílias como para o sistema de saúde |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <p>E 2 Novel feeding system to promote establishment of breastfeeds after preterm birth: a randomized controlled trial</p> <p>Autores: (Simmer et al., 2016)</p> | <p>País: Austrália</p> <p>1 Centre for Neonatal Research and Education, School of Pediatrics and Child Health, King Edward Memorial Hospital, Perth, WA, Australia;</p> <p>2 School of Paediatrics and Child Health, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, The University of Western Australia, Perth, WA, Australia</p> <p>3 School of Chemistry and Biochemistry, Faculty of Science, The University of Western Australia, Perth, WA, Australia.</p> <p>Correspondence: Professor K Simmer, Centre for Neonatal Research and Education, King Edward Memorial Hospital,</p> | <p>Testar se um novo sistema de alimentação projetado para simular um mecanismo de sucção comparável à amamentação influencia o tempo para a alimentação oral no RNPT, o tempo de permanência no hospital e a amamentação à alta</p> | <p>Sistema projetado para simular a sucção ao seio materno</p> <p>(<i>Medela AG, Baar, Suíça</i>) sistema que combina estratégias para melhorar as habilidades de alimentação por via oral no prematuro</p> | <p>A nova tetina “<i>Medela AG, Baar, Suíça</i>” mostrou eficaz na:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimulação da sucção nutritiva, ✓ Redução do tempo de internamento ✓ Diminuiu o tempo para aquisição de habilidades para amamentar completamente ao seio materno. ✓ Aumento dos resultados de amamentação no período de alta hospitalar. |
|---|---|--|---|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | M310 35 Stirling Hwy Crawley, Perth, WA 6009, | | | |
| E 3 Estudo 3 Strategies to Support Sustained Breastfeeding of Late Preterm Multiple Birth Infants Autores: (Kuhnly, 2015) | País: Storrs (Connecticut). Estados Unidos. Clinical assistant professor at the University of Connecticut School of Nursing in Storrs, CT | Identificar estratégias para garantir a amamentação prolongada em prematuros gémeos tardios | Desenvolvimento de um plano de alimentação centrado na família em colaboração com a equipe médica Avaliar e apoiar as sessões de amamentação <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a lactogênese através de com extração de leite ✓ Apoio precoce (alojamento conjunto) Apoio familiar durante o internamento. ✓ Fornecimento de bomba extratora de leite após a alta ✓ Protetor de mamilo para facilitar a amamentação. ✓ Seguimento regular por equipa especializada ✓ Ativar sistemas de apoio às famílias | A amamentação, extração de leite e fornecimento de alimentação suplementar a cada três horas, “alimentação tripla” foi eficaz na: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção do aleitamento materno a curto e longo prazo. ✓ Aumento da lactogênese proporcionando amamentação exclusiva aos seis meses e continuidade até aos 11 meses ✓ Satisfação materna com a experiência perante a amamentação ✓ Amamentação exclusiva em gémeos |
| E 4 Healthcare Professionals’ Attitudes and Practices in Supporting and Promoting the Breastfeeding of | Jordânia Maternal & Child Health Department, Faculty of Nursing, Jordan University of Science and Technology, Irbid, Jordan. The name of the | Compreender atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação às práticas de amamentação e | Identificar barreiras que dificultam a implementação do aleitamento materno: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sobrecarga de trabalho, ✓ Contradição entre o conhecimento e a realidade da prática profissional ✓ Espaços inapropriados, ✓ Falta de apoio aos pais | Proporcionar um ambiente de apoio às mãe e enfermeiros demonstrou eficácia na promoção do aleitamento materno: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O comportamento da equipa pode ter um efeito significativo na confiança e habilidade das mães em amamentar |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>Preterm Infants in NICUs (Shattnawi, 2017)</p> | <p>institution where the work occurred: Anglia Ruskin University, United Kingdom.</p> | <p>apoiar mães de bebês prematuros.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso indiscriminado de fórmulas infantis ✓ Confiança depositada na tecnologia para salvar vidas <p>Vencer barreiras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formação contínua ✓ Espaços e ambiente favorável a extração conserva e armazenamento do leite humano ✓ Criar políticas de incentivo ao aleitamento materno | <ul style="list-style-type: none"> ✓ O conhecimento dos profissionais demonstrou eficácia na promoção do aleitamento materno ✓ Qualquer esforço, portanto, destinado a aumentar as taxas de amamentação de prematuros, deve considerar o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde que estão trabalhando |
| <p>E 5 Evaluation of an intervention supporting breastfeeding among late-preterm infants during in-hospital stay Autores (Estalella et al., 2018)</p> | <p>Espanha, País Basco Nursing Department I, Faculty of Medicine and Nursing, University of the Basque Country UPV/EHU, Barrio Sarriena s/n, 48940 Leioa, Spain Research Institute, Cruces University Hospital, plaza de Nursing</p> | <p>Avaliar o efeito de uma intervenção de apoio à amamentação em recém-nascidos prematuros em uma maternidade no País Basco, Espanha</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Distribuição e incentivo ao uso de bomba para extração de leite ✓ Promover a educação dos pais ✓ Fornecer abordagem multidisciplinar ✓ Evitar separação Mãe -filho | <p>Estudo foi eficaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No aumento das taxas de aleitamento materno ✓ Uso de bomba para extração de leite com mais frequência ✓ Aumento da lactogênese ✓ |
| <p>E 6 Effects of a feasible supportive care program on breastfeeding behaviors and neonatal outcomes</p> | <p>Irão Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran b Dept of Midwifery,</p> | <p>Determinar a influência de um programa de assistência viável, sobre os</p> | <p>Educação e treinamento de grupos de intervenção no apoio ao aleitamento materno através de um programa Incluindo 4 sessões com duração de 60 a 90mn Conteúdos:</p> | <p>Este estudo forneceu evidências de que o treinar grupos de mães saudáveis amamentando durante o internamento e oferecer suporte após a alta hospitalar:</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p>among the late preterm newborns in the south east of Iran.</p> <p>Autores: (Moudi et al., 2017).</p> | <p>School of Nursing & Midwifery, Mashahie Sq., Zahedan, Postal Code: 9816913395, Iran c Zahedan</p> <p>University of Medical Sciences, Dept of Pediatrics, Zahedan University of Medical Science, Zahedan, Iran d Zahedan University of Medical Sciences, Dept of Epidemiology & Biostatistics, School of Health, Hesabi Sq., Zahedan, Iran</p> | <p>comportamentos de amamentação e desfechos neonatais entre bebês prematuros em uma população carente no Irão</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicações sobre alimentação dos bebês com suplemento de leite materno, ✓ Extração manual de leite e por bomba, conservação e transporte do leite materno, ✓ Práticas de posicionamento na amamentação <i>canguru care</i>, (sessões eram ministradas através de palestras sessões práticas, demonstração, avaliando e elogiando o desempenho das mães, deixando abertura para discussão entre os elementos com panfletos entregues no final de cada sessão. <p>Linha de apoio online Linha de apoio on-line para esclarecimento de dúvidas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumenta a produção de leite materno, ✓ Aumente a frequência de amamentação após a alta hospitalar. ✓ Diminui a frequência de alimentação com fórmulas ✓ Acelera o crescimento e desenvolvimento ✓ Diminui a taxa de readmissão hospitalar nos prematuros. ✓ Uma linha de apoio on-line para aconselhar as mães após a alta por equipes treinadas mostrou eficaz em forneceu confiança às mães no cuidado ao filho. |
| <p>E 7 A Community Partnership to Support Breastfeeding Mothers of Late Preterm Infants. Autores:</p> | <p>Mountain West, nos Estados Unidos</p> <p>Cindi Faith Bennett, MN, RN, IBCLC, is a lactation consultant in the NICU at St. Luke's Health System in Boise, ID.</p> | <p>Desenvolver e implementar um processo organizacional sustentável que agilizasse o apoio, fornecendo aos</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Criação de um processo viável; abordar barreiras e preocupações das partes interessadas; ✓ planejar um programa piloto para testar o processo; | <p>Este projeto mostrou-se eficaz na criação uma ponte de comunicação entre um sistema de saúde e um programa de amamentação para acelerar o apoio precoce à amamentação para mães de prematuros tardios</p> |

| | | | | |
|----------------------------|--|--|---|---|
| (Bennett & Grassley, 2017) | Jane S. Grassley, PhD, RN, IBCLC, is a professor and the Jody DeMeyer Endowed Chair in the School of Nursing at Boise State University in Boise, ID. | conselheiros do acesso a mães de bebês prematuros tardios antes da alta hospitalar | <ul style="list-style-type: none"> ✓ convidar os conselheiros de amamentação a visitar o hospital, conhecer a equipe de enfermagem ✓ Favorecer o contacto com as mães | Parcerias semelhantes podem ser formadas entre os sistemas de saúde e a comunidade para criar caminhos organizacionais que facilitem a continuidade do atendimento a outras populações vulneráveis. |
|----------------------------|--|--|---|---|

Apêndice 2
Plano de sessão de formação para enfermeiros

| Tema: Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RNPT | | | Tempo |
|--|--|---------------------------|--------------|
| Formadora | Maria Auxília | Local: UCIN de Cabo Verde | |
| | | Data: 2020 | |
| | | Duração prevista: 50mn | |
| Destinatários: Equipa de enfermagem da UCIN | | | |
| Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a importância de ter os cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT como Foco das intervenções de enfermagem em UCIN • Dar a conhecer as intervenções de enfermagem relacionadas com a organização de um ambiente promotor de crescimento e desenvolvimento do RNPT • Estimular a reflexão crítica aquando da prestação de cuidados centrados no desenvolvimento no contexto de cuidados em Cabo Verde | | | |
| Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Definir os cuidados Centrados no desenvolvimento do RNPT • Apresentar as principais filosofias que norteiam estas práticas em UCIN • Mostrar exemplos de práticas de cuidados convencionais organizadas com base nas filosofias atuais de cuidados centrados no desenvolvimento | | | |
| Conteúdos Metodologia | Metodologia de exposição | | |
| Cuidados para o desenvolvimento | Método expositivo e audiovisuais (Computador e datashow) | | 10mn |
| Filosofias de cuidados: vantagens | Meios audiovisuais (Computador e datashow) | | 5mn |
| Materiais utilizados para Organização de CCD | Método Expositivo com materiais de posicionamento (Incubadora Ninhos, cobertores, bonecos...). Experiência mostrando ambiente de UCIN. | | 20mn |
| Partilha de experiências, sugestões de melhoria e comentários | Discussão, método expositivo | | 10mn |
| Avaliação da sessão | Questionário | | 5mn |

Apêndice 3

Sessão de Formação para Enfermeiros

Mestrado Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



**Cuidados
Centrados no
Desenvolvimento do
Recém Nascido
Pré-termo**



Maria Auxíliia Fonseca Tavares
2020

Objetivos

Objetivos Gerais

- Explicar a importância de ter os cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT como Foco das intervenções de enfermagem em UCIN
- Dar a conhecer as intervenções de enfermagem relacionadas com a organização de um ambiente promotor de crescimento e desenvolvimento do RNPT
- Estimular a reflexão crítica a quando da prestação de cuidados centrados no desenvolvimento no contexto de cuidados em Cabo Verde

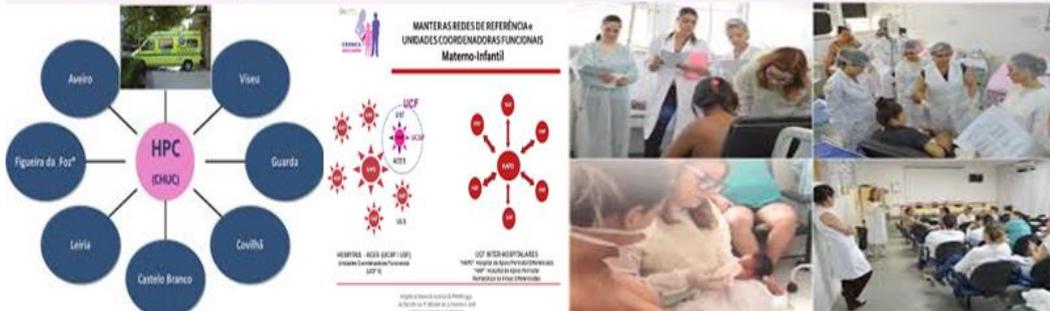
Objetivos específicos

- Definir os cuidados Centrados no desenvolvimento do RNPT
- Apresentar as principais filosofias que norteiam estas práticas em UCIN
- Mostrar exemplos de práticas de cuidados convencionais organizadas com base nas filosofias atuais de cuidados centrados no desenvolvimento

Organização de Cuidados ao RNPT

Prestar cuidados Centrados no desenvolvimento implica:

- Organizar os serviços que prestam cuidados ao RNPT para que haja interligação entre os mesmos e comunicação entre as equipas
- Conhecer as filosofias atuais de cuidados centrados no Desenvolvimento em UCIN
- Formação dos profissionais em especial a enfermagem
- Capacidade e interesse pela reflexão crítica
- Espírito de mudança



Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RNPT

- Compreender o contexto ambiental do RNPT desde o seu nascimento, numa perspetiva centrada no desenvolvimento
- Organização do trabalho, de modo que permita uma assistência voltada para as necessidades individuais de cada RN e sua família
- Reconhecer que prestar cuidados com base no desenvolvimento envolvem uma filosofia que vai além dos modelos tradicionais de cuidados.
- Centrar nas vulnerabilidade de cada RN/família, minimizar os riscos reais e potenciais tanto a curto como a longo prazo.

(Chora & Azougado, 2015; Gorzilio, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Malagutty & Caetano, 2009)



Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RNPT

Filosofias

NIDCAP

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
Preocupação com o impacto negativo da UCIN para o cérebro do RNPT em desenvolvimento

Als 1980

Objetivo

Controlar a entrada sensorial para:
Melhorar o desenvolvimento cerebral
Obter resultados satisfatórios no desenvolvimento global da criança
(Marsko et al., 2018)

Fundamentação

Teoria síncrono-ativa do desenvolvimento (*Synactive Theory of Development*)

Modelo estratificado de interpretação da evolução organizacional do desenvolvimento do RN, cujas etapas se hierarquizam em conformidade com os sistemas interativos mãe-filho.

O RN se desenvolve por meio de interação entre os cinco subsistemas (o subsistema autônomo ou fisiológico, o motor, o de organização de estados comportamentais, o de atenção e interação social, e o de autorregulação e equilíbrio), desenvolvendo-se independentemente e, ao mesmo tempo, interagindo continuamente uns com os outros e com o meio

(Als, 1986; Freitas, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014).

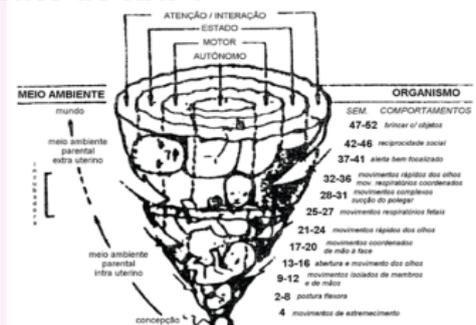


Figura 6 - Interligação dos subsistemas
Fonte: Als et al., 1979.

Discute-se o limite que o bebê detém em relação ao stress e sua capacidade de autorregulação em relação a ele, emitindo respostas sobre a sua disponibilidade para as intervenções de acordo com o funcionamento de cada subsistema.

Caso aconteça uma desorganização num dos subsistemas, haverá uma sobrecarga nos demais que será manifestado pelo RNPT por meio mudança de comportamento, mostrando dificuldade na interação

(Otoni & Grave, 2014).

Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RNPT

Filosofias

NIDCAP em UCIN

Vantagens para o bebê

- Redução do stress durante o exame do RN,
- Redução do stress durante a transferência da incubadora para o Cuidado pele a pele com a mãe,
- Melhoria na estabilidade fisiológica e organização comportamental
- Melhoria de resultados a longo prazo no funcionamento cognitivo, motor e emocional do bebê
- Melhorias relacionadas com as competências parentais

Vantagens para a família

- Melhorias relacionadas com as competências parentais
- Competências na avaliação do crescimento do filho,
- Melhores estratégias de *cooping* frente ao stress associado à hospitalização
- Melhores estratégias de *cooping* após a alta.

NIDCAP em UCIN

Constrangimentos

- Dispendioso com grandes investimento em todos os níveis de organização (implementação, avaliação, manutenção)
- Implica mudança de estrutura das UCIN
- Inexistência de vantagens claras quando comparado com os cuidados desenvolvimentais básicos
- Ausência de evidências claras sobre seus benefícios ao longo prazo

Estratégias para implementação de CCD

- Foco na pesquisa
- Conhecer as filosofias
- Pensamento crítico
- Reorganizar o ambiente da UCIN e prestar cuidados com base nestas filosofias



Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RNPT



Nem todos os problemas do RNPT são atribuídos à prematuridade

(Allmier & Phillips, 2013; Burke, 2018; Marski et al., 2018).

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Tecnologia avançada promove a maturidade e estabilidade do RNPT, no entanto, leva-os a sobrecarga sensorial



Ambiente Intrauterino

Fatores contribuem para Sobrecarga Sensorial do RNPT na UCIN:

- Ruído excessivo
- Luz intensa por vezes permanente
- Manipulação imprescindível no entanto excessiva
- Estimulação tátil geralmente dolorosa
- Espaços com limites mal definidos
- Variações bruscas de temperatura

Afeta o normal desenvolvimento do sistema sensorial e os demais sistemas, repercutindo em desorganização total do sistema autónomo

Atenuar corretamente estes estímulos promovendo meio sensorial propício

Enfermagem única profissão preocupada em avaliar os stressores ambientais em todas as suas dimensões

Ambiente Favorável ao Cuidado Centrado no Desenvolvimento

□ Estratégias para atenuar o ruído

- Máximo 45dB
- 65 a 70 para o som transitório
- Conscientizar os profissionais



□ Estratégias para reduzir a luminosidade

- Luz de teto redutível
- Focos de Luz individualizada
- Coberturas opacas
- Cuidados específicos para fototerapia
- Considerar a interação com o ambiente



□ Estratégias de posicionamento

- Posicionamento e conforto adequado a idade gestacional
- Posicionar tanto o RNPT como o leito em espaço apropriado



□ Adequar a temperatura ambiental

- Ambiente térmico neutro

Adequar a estimulação suplementar

- Estímulos adequados e em momento oportuno

- Oral
- Auditiva
- Vestibular
- Tátil
- Cinestésica

- Multimodal

Massagem Cinestésica



Método Canguru



O stress provocado pelo ambiente instável da UCIN pode ser um fator de compromisso do crescimento e desenvolvimento do RNPT, no entanto, este pode ser revertida com organização das intervenções a este dispensado. A enfermagem desempenha papel preponderante não só nos cuidados, como na Gestão e Organização do ambiente no seu todo.

Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RNPT

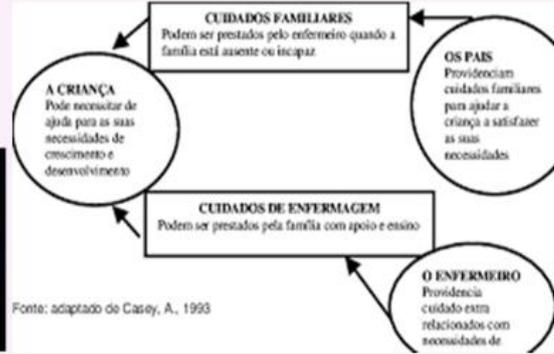
❑ Família como constante na vida da criança

- Relação de interação e confiança
- Ativos na busca de objetivos comuns
- Apoiar encorajar e potencializar as suas forças



Parceira nos Cuidados através de relação enfermeiro/família

Modelos
Anne Casey



Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RNPT

Intervenções Relacionadas com a Gestão da Dor

❑ O RNPT conduz a dor até ao cérebro igual ao adulto

- Neurónios sensitivos presentes na medula antes da 13ª semana
- Na 20ª semana os recetores sensoriais já estão presentes em todas as superfícies cutâneas e mucosas
- Vias de condução da dor completamente mielinizadas na 30ª semana

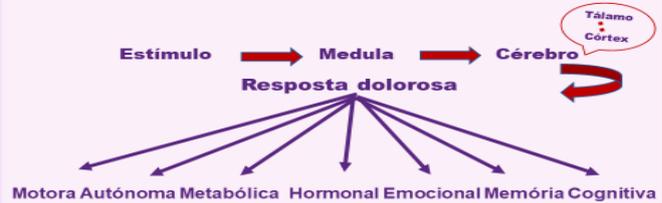
As vias inibitórias estão imaturas, levando a uma percepção mais prolongada e mais intensa da dor do que no adulto

Dificuldade para mensurar a dor



RNPT totalmente dependente da sensibilidade do Cuidador

Conhecer a realidade da dor no RNPT possibilita intervenções apropriadas, com repercussões positivas no seu crescimento e desenvolvimento



Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RNPT

Intervenções Relacionadas com a Gestão da Dor no RNPT

Avaliar

Medir

Intervir

Escalas

PIPP

EDIN

Indicadores de Avaliação

Biológicos

Frequência respiratória; Pressão Arterial;
Frequência cardíaca; Saturação de oxigênio; Sudorese palmar;
Aumento de pressão intracraniana; hiperglicemia; Arritmias cardíacas; Acidose metabólica.

Comportamentais

- Atividade motora (braços, corpo, pernas)

- Expressão Facial

- Boca aberta /Estirada
- Língua tensa /Protusa
- Tremor no queixo
- Fronte Saliente
- Fenda palpebral estreita
- Sulco Naso labial aprofundado

Tratamento

Farmacológico

Não Farmacológico

Autonomia da Enfermagem

- Sucção não Nutritiva
- Sacarose
- Controlo do stress ambiental
- Contensão e enrolamento
- Aleitamento Materno
- Método canguru

Podem ser coadjuvante da terapia farmacológica

Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RNPT

CUIDADOS CENTRADOS
NO DESENVOLVIMENTO
DO RNPT

Pré-natal
Apoio à prematuridade
Preparação para a parentalidade

Cuidados ao nascimento e
transporte
Organização antecipada evitando
Sequelas

UM CUIDADO
CONTINUADO E
ARTICULADO

Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais
Cuidados Centrados no
desenvolvimento
Implementação de filosofias atuais.
Organização de intervenções
(autônomas, interdependentes)
Organização do ambiente
Cuidados Centrados na família
Promoção da continuidade

Seguimento Pós-alta (follow-up).
Serviços de intervenção precoce
População de risco acrescido para:
Paralisia Cerebral
•Atraso Desenvolvimento
•Deficits visuais e auditivos
•Défice atenção e hiperatividade
•Défice cognitivo/dificuldades escolares
•Ansiedade, depressão, timidez, má
adaptação social

Cuidados Centrados no Desenvolvimento

*Tentar não significa
conseguir, mas todos
que conseguiram é
porque um dia
tentaram.*

OBRIGADO



Apêndice 4

Plano de sessão de formação Assistentes Operacionais

| Tema: Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em UCIN | | | Tempo |
|--|---|----------------------------------|-------|
| Formadora | Maria Auxília | Local: UCIN de Cabo Verde | |
| | | Data: 2020 | |
| | | Duração prevista: 50mn | |
| Destinatários: Equipa de Ajudantes de Serviços Gerais | | | |
| Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Elucidar a equipa sobre os procedimentos que conduzem ao risco de infeção no ambiente das UCIN. • Mostrar a importância de atuar de forma eficaz, tendo em conta a vulnerabilidade das UCIN com relação ao risco de infeção associados aos cuidados de saúde. • Sensibilizar a equipa aquando da importância de seguir as recomendações da instituição, relacionadas com o desenvolvimento de práticas de cuidados com foco na prevenção de riscos de infeção associados aos cuidados de saúde. | | | |
| Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar as regras que devem ser seguidas na execução de boas práticas de higienização das zonas de trabalho e dos equipamentos que lhes correspondem, como membros da equipa multidisciplinar. • Colaborar para bem-estar geral dos utentes afetos à unidade, mediante orientação da equipa de enfermagem, garantindo o cumprimento das boas práticas relacionadas com a prevenção de infeções. • Manter condições de limpeza e higienização das instalações e dos materiais de forma segura, colaborando com os demais profissionais em âmbito administrativo, facultando assim uma boa organização do ambiente. • Zelar pelo cumprimento das boas práticas de higienização das mãos | | | |
| Conteúdos Metodologia | Metodologia de exposição | | |
| Noções básicas de boas práticas de higienização dos equipamentos e do ambiente das UCIN Momentos de higienização das mãos e sua importância na prevenção de infeções | Método expositivo e audiovisuais (Computador e data show) Projeção de vídeos | | 15mn |
| Técnicas de higienização segura | Meios audiovisuais (Computador e data show) Projeção de vídeo, demonstração com materiais de higiene | | 15mn |
| Equipamentos de proteção individual, técnicas de proteção individual. | Materiais de proteção Expositivo e audiovisuais (Computador e data show) | | 15mn |
| Avaliação da sessão | Questionário para avaliação da sessão | | 5mn |

Mestrado Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Cuidados
Centrados no
Desenvolvimento do
Recém Nascido
Pré-termo

Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados
de Saúde em UCIN



UCIN CABO VERDE

Maria Auxíliã Fonseca Tavares
2020

Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em UCIN

☐ Infecção associado aos cuidados de saúde

✓ Infecção adquirida pelos doentes resultante dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

❖ As principais medidas de prevenção e controlo assentam, no cumprimento das boas práticas

- Precauções básicas
- ✓ Higiene das mãos,
- ✓ Uso adequado de equipamentos de proteção individual,
- ✓ Controlo ambiental
- Isolamento

❖ Cada instituição deve padronizar intervenções de acordo com as suas especificidades, tendo por base as normas universais para os estabelecimentos de saúde.

❖ Todos os profissionais que estão em contacto com o ambiente e com os doentes devem seguir essas regras no sentido de minimizar o risco de infeção

A população das unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, devido as suas especificidades são mais vulneráveis

(Paula, Salge, & Palos, 2017).

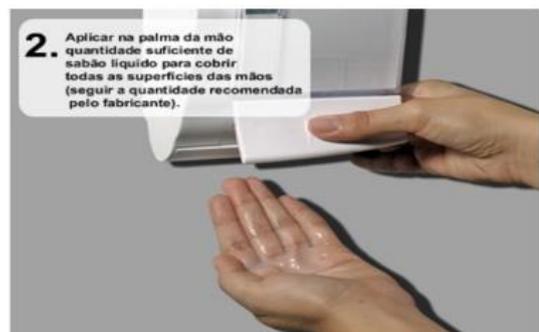
Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em UCIN



Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em UCIN



Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em UCIN



Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em UCIN



Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em UCIN



Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em UCIN



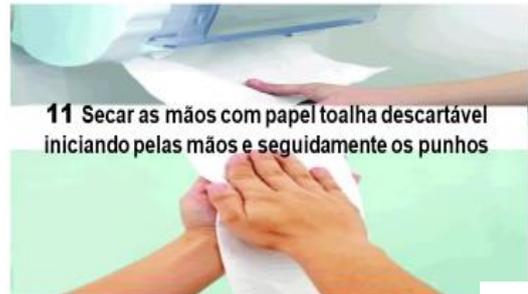
COMO?



9. Estregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.



10 Enxaguar as mãos retirando os resíduos de sabão no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contacto direto das mãos ensaboadas com a pia e torneira



11 Secar as mãos com papel toalha descartável iniciando pelas mãos e seguidamente os punhos

Suas Mãos estão Seguras!

Fricção Anti-Séptica



Quando as mãos não estão visivelmente sujas

O uso de luvas NUNCA substitui a higienização das mãos.

Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg

1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.

1b Friccione as palmas das mãos entre si.

2 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.

3 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.

4 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.

5 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.

6 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.

7 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.



**USO ADEQUADO
DOS
EQUIPAMENTOS
DE PROTEÇÃO
INDIVIDUAL**

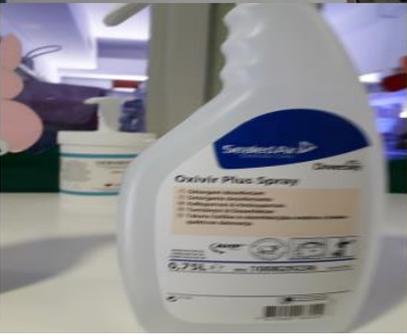


Controlo ambiental

Higienização

Limpeza: Remoção substancias visíveis (resíduos sólidos)

Desinfecção: eliminação ou redução dos microrganismos patogénicos ao mínimo possí



Controlo ambiental

Áreas e Superfícies

| Área | Procedimento | Periodicidade |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| Pavimentos, | Carro (Mopa) | 2 x Dia |
| Tetos paredes | Técnica duplo balde | Trimestral |
| Parapeitos | Técnica duplo balde | Diário |
| Vidros exteriores | | Mensal |
| Recipientes de sujos | Lavagem com água quente e detergente (pano humedecido) desinfetar com hipoclorito 1% enxaguar e secar | Diariamente |
| Mesa de trabalho Bancadas e armários | Limpeza com pano humedecido em detergente desinfetar com álcool a 70% ou desinfetante de superficies | Diário (mensalmente por dentro) |
| Lavatórios torneiras | Limpeza com pano humedecido | 2x dia |



Controlo ambiental



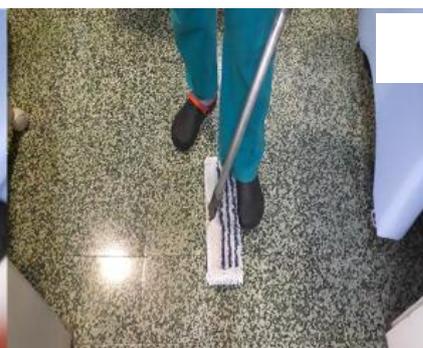
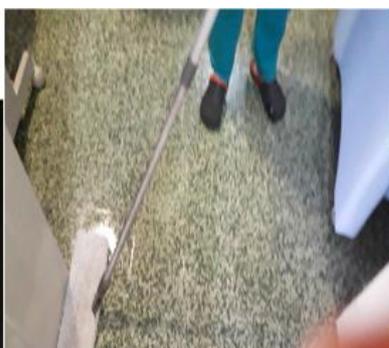
Áreas e Superfícies

| Área | Procedimento | Periodicidade |
|---|---|---|
| Dispensador de papel/ interruptores | Limpeza com pano humedecido em detergente | Diariamente |
| Unidade do RN, bombas perfusoras, ventiladores, monitores suportes de soros manípulos de vácuo e oxigénio | Limpeza com pano humedecido em detergente desinfetar com álcool a 70% | Diariamente e sempre que necessário, (limpeza terminal da unidade a cada 5 dias ou saída do RN) |
| Balança do RN | Limpeza com pano humedecido em detergente desinfetar com álcool a 70% | Diariamente cada utilização |
| Luminárias | Limpeza com pano | Trimestral |
| Ar condicionado | | Trimestral e sempre que necessário |
| Cadeiras | Lavagem com água e detergente, (pano humedecido) desinfetar com álcool a 70% | Diariamente |

Técnica da Mopa



Técnica da Mopa



OBRIGADO



"Deus não perguntará quantas
coisas boas você fez mas,
sim, quanto de amor você
colocou naquilo que fez "

É comprovado na literatura que nem todas os problemas do RNPT podem ser atribuídos à prematuridade, sendo o próprio ambiente da UCIN um importante fator de risco ao neurodesenvolvimento, caso não sejam adotadas medidas preventivas adequadas a cada etapa de desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013; Burke, 2018; Marski et al., 2018).

A instabilidade térmica nestes ambientes pode conduzir o RNPT a morbidade grave sendo estes potencialmente evitáveis. Este necessita adaptar-se à transição entre o ambiente aquático com temperatura constante no ventre materno para o nosso meio com humidade mais baixa e outras variações (Naka et al., 2016)

A busca de evidências de práticas ideais para assegurar a estabilidade térmica e minimizar os gastos de energia na criança prematura tem sido constante. Diretrizes recentes sugerem mantê-lo num ambiente térmico neutro para melhor estabilidade

O ambiente térmico neutro é definido como aquele que permite uma faixa de temperatura ambiental na qual a taxa metabólica é mínima e a temperatura corporal é mantida sem alteração na produção ou perda de calor. Para isso é recomendado o uso de incubadoras humidificadas pois, a humidade é um fator ambiental essencial a ser considerado nos cuidados ao RNPT com menos de 30 semanas de gestação (Hockenberry & Wilson, 2014; Magzoub, Salama, Alburaidi, Zeed, & Thampan, 2016; Naka et al., 2016).

No que se refere à prática de controle da humidade no interior da incubadora, esta foi introduzida nas UCIN com o objetivo de otimizar a termorregulação, favorecendo a redução da perda de água *transepidermica*, mantendo a integridade da pele e o equilíbrio hidroeletrólítico no RNPT. No entanto, humidade elevada está associada a alguns riscos, tais como, elevação da temperatura, instabilidades no equilíbrio de fluidos, sepsis e um maior retardo na maturação da barreira da pele (Naka et al., 2016).

Também este autor supracitado nos adverte que a maturação da integridade da pele está diretamente relacionada com o tipo de humidade que o RNPT recebe após o nascimento, principalmente nas primeiras semanas de vida, isto é, enquanto que a exposição a humidade relativa elevada retarda a maturação da pele, esta é acelerada quando o percentual de humidade relativa do ar é mais baixa.

Mediante o exposto, o controlo da humidade nas UCIN deve ser uma regra a ser priorizada, no entanto não existe consenso na literatura quanto a um padrão específico para orientar protocolos a seguir para manter uma humidade ideal que minimize as perdas transepidérmica e ao mesmo tempo favoreça a maturidade da pele (Knobel, 2014).

Magzoub et al (2016) alerta para que após o nascimento, a pele de bebês prematuros é exposta a um ambiente gasoso amadurecendo rapidamente, tanto em sua estrutura epidérmica quanto em sua função de barreira, ficando igual a um recém-nascido de termo independentemente da idade gestacional cerca de duas semanas após o nascimento.

Isto implica considerar o evidenciado por Knobel (2014) de que os níveis de humidade relativa precisam ser padronizados e iniciado o seu desmame para > 60% assim que o RN tolerar a sua diminuição.

Nesta perspetiva considera-se o evidenciado por alguns autores como Jordão, Pinto, Machado, Costa e Trajano (Jordão et al., 2016) de que o RNPT deve ser cuidado na primeira semana de vida a uma humidade relativa do ar de 85%, reduzindo esta gradualmente até 60%, a partir da terceira semana de vida e mantida até atingir o peso de 1500g.

Por outro lado, segundo Hoepers Naka et al. (2016), recomendações atuais sugere que a humidade relativa seja mantida entre 75% a 80% durante os 7 primeiros dias, diminuindo para 50 a 60% de humidade durante a segunda semana, até 30 a 32 semanas de idade gestacional.

Ainda,

Também quanto ao controlo da humidade existe evidência de que abertura da incubadora frequentemente, mesmo sendo simplesmente as portinholas, desestabilize o nível de humidade no interior da mesma, levando a efeitos adversos no RNPT.

Contudo, estudos concluíram que a perda de humidade não é significativa durante os procedimentos clínicos, que duram menos de 5 minutos, e em procedimentos mais longos, esta é restaurada com rapidez suficiente para não afetar adversamente a estabilidade da humidade no interior da incubadora. (Magzoub et al., 2016).

Na UCIN de Cabo Verde, pela minha experiência profissional não existe nenhum padrão a ser seguido quanto ao uso de humidade nas incubadoras estando estes sujeitos a

humidificação sem nenhum controlo específico enquanto permanecia nas incubadoras independentemente de idade gestacional.

Mediante o exposto anterior proponho o modelo seguido pela UCIN da MBB a que experienciei durante o estágio como exemplo para que seja implementado melhorias aquando da utilização desta intervenção que pode reverter em benefícios ao RNPT em diferentes níveis

O plano sugerido pela UCIN sobre a humidificação das incubadoras é baseado na Idade gestacional e a idade em dias após o nascimento e resume-se no seguinte:

RNPT com idade inferior a 30 semanas é mantido numa humidade de 85% durante os 7 primeiros dias de vida, sendo reduzida para 50% dos 7 aos 14 dias. Atingindo 14 dias e idade gestacional superior a 30 semanas cessa-se a humidade. Se ao nascimento a IG situar entre 30 e 32 semanas de idade gestacional, será mantida numa humidade de 85% durante 24 horas, reduzindo esta para 50% durante 7 dias e cessando após esta após completar estes 7 dias. Para os RNPT com idade gestacional superior a 32 semanas, será mantida numa humidade de 50% durante 7 dias após, cessando esta após 7 dias completas. Cabe salientar que a humidade deve ser sempre reduzida de forma gradual, cerca de 5% a cada 2 horas, vigiando a resposta do RNPT.

Quadro da Humidade ambiente utilizada na UCIN

| Idade gestacional | Humidade da Incubadora |
|---------------------------|---------------------------------|
| RNPT menor que 30 semanas | Menor ou igual a 7dias: 85 |
| | 7 a 14 dias: 50% |
| | 14 dias e IG maior que 30s: OFF |
| RNPT 30 a 32 semanas | 24 horas: 85% |
| | 7 dias 50% |
| | Maior que 7 dias OFF |
| RNPT maior que 32 semanas | Menor ou igual a 7 dias: 50% |
| | 7 dias OFF |

ANEXOS

Sulfato Magnésio (MgSO₄) para neuroprotecção fetal no parto pré-termo iminente (> 24s e < 32s)

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO

A prematuridade é um fator de risco importante no desenvolvimento de paralisia cerebral (PC).

O uso de protocolos de Sulfato Magnésio para neuroprotecção fetal no **parto pré-termo iminente** é especialmente útil na redução da paralisia cerebral moderada a severa. A protecção é relacionada com a idade gestacional do parto:

- < 32 semanas RR 0.54 (95% CI 0.36 - 0.80); **NNT 46**
- 32-34 semanas RR 0.60 (95% CI 0.43 - 0.84) **NNT 56**

Definição parto pré-termo iminente:

Parto que se prevê que ocorra em menos de 24 h:

Trabalho de parto ativo com ≥ 4 cm dilatação, com ou sem RPPM

Parto programado previsto para as 24 horas seguintes, por causa materna ou fetal

Idade Gestacional:

O risco de PC é superior em idades gestacionais precoces. O efeito neuroprotector do MgSO₄ mantem-se até às 34s. Porém, os erros de avaliação do parto iminente foram maiores no subgrupo das 32-34 semanas.

Recomenda-se o uso de MgSO₄ para neuroprotecção para idades gestacionais < 32s.

Critérios de exclusão

- **MgSO₄** administrado na prevenção da eclampsia há < 12 horas.
- CI ao MgSO₄
 - Myasthenia gravis
 - Insuficiência cardíaca/perturbação da condução
 - Insuficiência Renal não CI o uso do bólus inicial mas justifica ajuste/eliminação dose manutenção
- Feto sem benefício expectável

Esquema infusão:

- Bólus: MgSO₄ 4g ev em 30 minutos
 - 2 ampolas MgSO₄ a 20% diluídas em 100 ml de dextrose a 5% - 240ml/h
- Dose manutenção: 1 g/hora até parto, no máximo 24 horas
 - 2 ampolas MgSO₄ a 50% diluídas em 1000 ml dextrose a 5% - 100ml/h

Notas adicionais:

Uso de nifedipina para HTA ou tocolise não CI o uso de MgSO₄ para neuroprotecção;
Se houver indicação materna ou fetal para parto de emergência, não se deve esperar para completar o ciclo de MgSO₄;

Doseamento séricos MgSO₄ só se avaliação clínica o justificar. (débito urinário <25ml/h, ritmo respiratório <12/min, reflexos osteotendinosos profundos diminuídos ou ausentes);

Não há evidência que justifique o recurso a repetição de ciclos de MgSO₄ para neuroprotecção.

Bibliografia:

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice; Society for Maternal–Fetal Medicine. Committee Opinion No. 455: Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. *Obstet Gynecol* 2010;115:669– 71

Rouse DJ, Hirtz DG, Thom E, et al. A randomized, controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy. *N Engl J Med* 2008; 359:895.

Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, et al. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; :CD004661

Magee L, Sawchuck D, Synnes A, von Dadelszen P. SOGC Clinical Practice Guideline. Magnesium sulphate for fetal neuroprotection. *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33:516.

Anexo 2

Escalas de avaliação da dor Implementadas na UCIN da MBB

PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)

| PROCESSO | INDICADORES | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|-----------------------------|--|---|---|--|
| Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal | Idade gestacional (semanas) | ≥ 36 | 32 -35 e 6 dias | 28 – 31 e 6 dias | < 28 |
| | Estado de alerta | Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais | Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial | Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais | Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial |
| Observar RN 30 segundos | FC máxima | ↑0 – 4 bpm | ↑5 – 14 bpm | ↑ 15 – 24 bpm | ↑ ≥ 25 bpm |
| | SO2 mínimo | ↓ 0 – 2,4 % | ↓ 2,5 –4,9 % | ↓5,0 – 7,4 % | ↓ ≥ 7,5 % |
| | Testa franzida | Ausente (0 a 9% do tempo) (0'' -2,9'') | Mínimo (10-39% do tempo) (3''-11,4'') | Moderado (49-69% do tempo) (12'' – 20,9'') | Máximo (≥ 70% do tempo) (≥ 21'') |
| | Olhos espremidos | Ausente (0 a 9% do tempo) (0'' -2,9'') | Mínimo (10-39% do tempo) (3''-11,4'') | Moderado (49-69% do tempo) (12'' – 20,9'') | Máximo (≥ 70% do tempo) (≥ 21'') |
| | Sulco naso-labial | Ausente (0 a 9% do tempo) (0'' -2,9'') | Mínimo (10-39% do tempo) (3''-11,4'') | Moderado (49-69% do tempo) (12'' – 20,9'') | Máximo (≥ 70% do tempo) (≥ 21'') |

Score:

- < 6 ausência de dor
- ≥ 6 < 12 dor mínima
- ≥ 12 < 18 dor moderada
- ≥ 18 dor intensa

ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-------------------|---|--|--|---|
| ROSTO | Rosto calmo | Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo. | Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas | Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada |
| CORPO | Corpo calmo | Agitação transitória, geralmente calmo | Agitação frequente, mas acalma-se | Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel |
| SONO | Adormece facilmente, sono prolongado, calmo | Adormece dificilmente | Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado | Não adormece |
| INTERACÇÃO | Atento | Apreensão passageira no momento do contacto | Contacto difícil, grito à menor estimulação | Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação |
| RECONFORTO | Sem necessidade de conforto | Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta | Acalma-se dificilmente Inconsolável. | Sucção desesperada |

Score:

0 sem dor

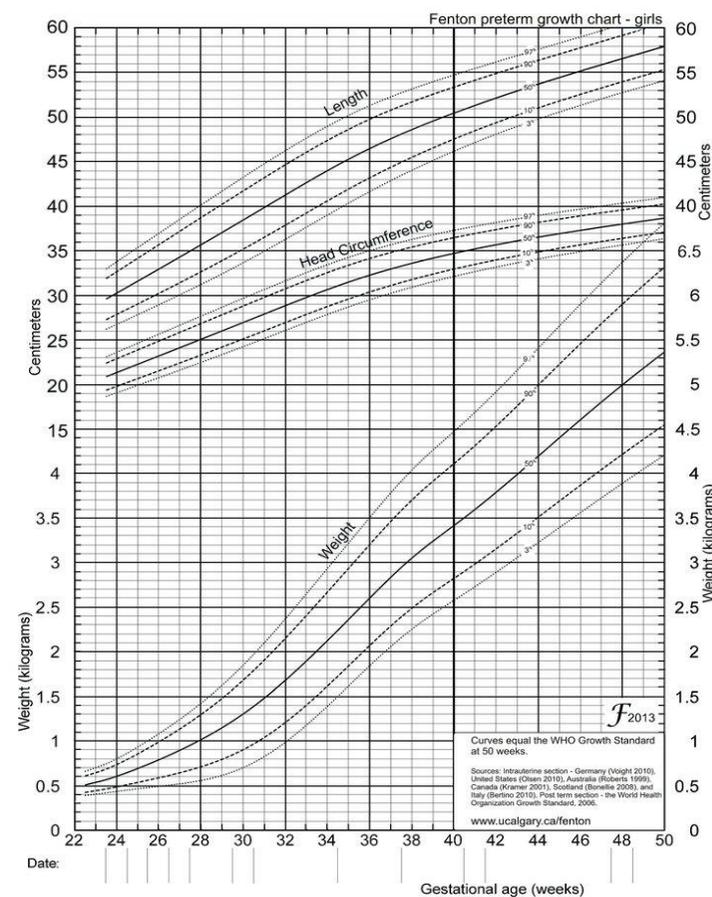
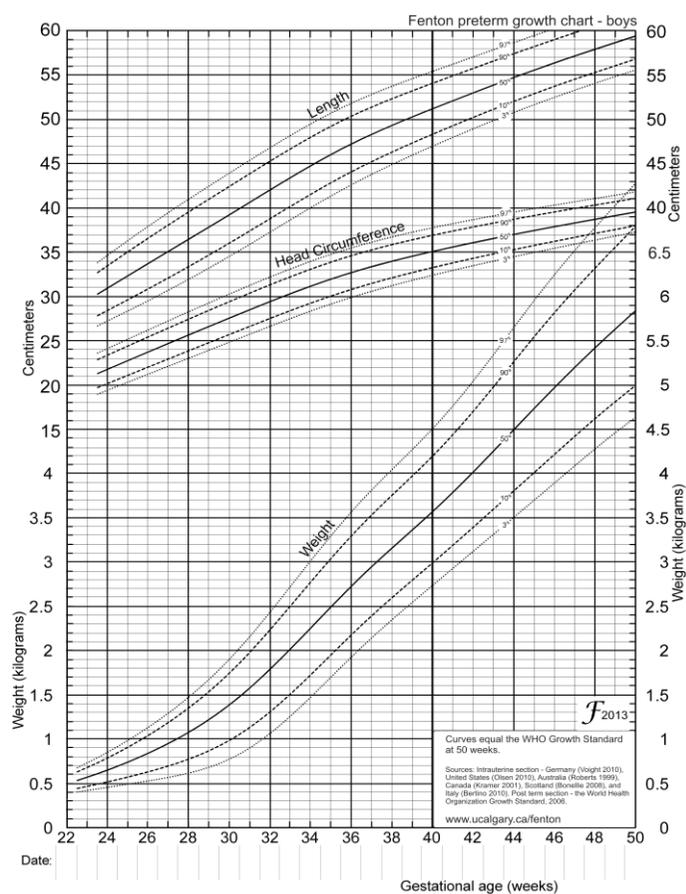
1-4 dor ligeira

5-8 dor moderada

9-12 dor intensa

13-15 dor muito intensa

Instrumentos de Avaliação do Recém-nascido Prematuro



Gráficos de crescimento de prematuros

MATURIDADE FÍSICA

| | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------------|--|--|---|--|---|---|
| Pele | pegajosa transparente friável | gelatinosa vermelha translúcida | lisa, rosa, veias visíveis | escamação superficial e/ou erupção, poucas veias | rachaduras, áreas pálidas, raras veias | pergaminho, rachaduras profundas, nenhum vaso | couro e rugas partidas, coriácea, rachaduras, enrugamento |
| Lanugem | nenhuma | escassa | abundante | afinamento | áreas despeladas | maioria despelada | |
| Superfície plantar | caicanhardado 40-50 mm:-1 <40 mm:-2 | > 50 mm nenhuma prega | marcas vermelhas descoradas | afinamento somente pregas transversas anteriores | pregas em 2/3 anteriores | pregas sobre toda a sola | |
| Mamas | imperceptíveis | pouco perceptíveis | aréola achatada sem botão | aréola pontuada botão de 1-2 mm | aréola elevada botão de 3-4 mm | aréola completa botão de 5-10 mm | |
| Olhos/orelhas | pálpebras coladas frouxa -1 rijas: -2 | pálpebras abertas; aurícula achatada pregueada | aurícula levemente curvada; recuo lento | aurícula bem curvada; mais recuo pronto mole porém recolhe rápido | formada e firme com retorno instantâneo | cartilagem espessa orelha rija | |
| Genitália (masculina) | escroto achatado e sem rugas | escroto cheio discretas rugas | testículos no canal superior poucas rugas | testículos descendo poucas rugas | testículos baixos bom enrugamento | testículos pendulares rugas profundas | |
| Genitália (feminina) | clitóris proeminente-lábios achatados | clitóris proeminente pequenos lábios menores | clitóris proeminente pequenos lábios aumentado | pequenos e grandes lábios igualmente proeminentes | grandes lábios maiores e pequenos lábios menores | grandes lábios cobrem o clitóris e os pequenos lábios | |

AVALIAÇÃO DA MATURIDADE

| índice | semanas |
|--------|---------|
| -10 | 20 |
| -5 | 22 |
| 0 | 24 |
| 5 | 26 |
| 10 | 28 |
| 15 | 30 |
| 20 | 32 |
| 25 | 34 |
| 30 | 36 |
| 35 | 38 |
| 40 | 40 |
| 45 | 42 |
| 50 | 44 |

Nova escala de avaliação da maturidade física de Ballard
 Fonte: Hochenberry & Wilson (2014). **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 9º edição

ESTIMATIVA DA IDADE GESTACIONAL PELA CLASSIFICAÇÃO DA MATURIDADE

MATURIDADE NEUROMUSCULAR

| | ±1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|----|---|---|---|---|---|---|
| Postura | | | | | | | |
| Ângulo do Punho (pulso) | | | | | | | |
| Encolhimento do Braço | | | | | | | |
| Ângulo Popíteo | | | | | | | |
| Sinal de Cachecol | | | | | | | |
| Calcanhar na Orelha | | | | | | | |

AVALIAÇÃO DA MATURIDADE

| índice | semanas |
|--------|---------|
| -10 | 20 |
| -5 | 22 |
| 0 | 24 |
| 5 | 26 |
| 10 | 28 |
| 15 | 30 |
| 20 | 32 |
| 25 | 34 |
| 30 | 36 |
| 35 | 38 |
| 40 | 40 |
| 45 | 42 |
| 50 | 44 |

Nova escala de avaliação da maturidade neuromuscular de Ballard
 Fonte: Hochenberry & Wilson (2014). **Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica** 9º edição