



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estratégias Promotoras do Sono do RN nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

Sara Luísa Gonçalves Monteiro

Maio de 2022



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estratégias Promotoras do Sono do RN nas Unidades de Cuidados

Sara Luísa Gonçalves Monteiro

Estágio com Relatório Final

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora
Ernestina Silva

Maio de 2022

*“Aquele que não tem objetivos
raramente sente prazer em qualquer
empreendimento”*

Ernest Dimnet

Ao meu filho pelos sorrisos, beijos e abraços que me iluminavam mesmo nos dias mais difíceis.

Ao meu marido pela paciência, compreensão e apoio.

Aos meus pais e irmão pelas palavras de incentivo.

À professora Ernestina Silva, pelo apoio emocional e paciência durante o meu percurso de aprendizagem.

À Professora Graça Aparício pela orientação durante a realização dos estágios.

A todos os orientadores de estágio, pela forma como me acolheram e por toda a partilha de conhecimentos.

À minha colega de trabalho Margarida Moura por me ter desafiado a “embarcar nesta aventura”.

A todas as crianças e famílias de quem cuidei...

Resumo

Introdução: Numa formação avançada como é o mestrado e/ou a pós-licenciatura há a oportunidade de desenvolver conhecimentos a um nível de excelência, viabilizando a aquisição de competências técnico-científicas, humanas e éticas, sendo todas essenciais no desempenho de intervenções autónomas de qualidade, no âmbito da Enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediátrica. O EEESIP deve ser responsável pelo desenvolvimento das práticas de enfermagem, baseadas na mais recente evidência científica. O sono é uma necessidade básica fundamental para a maturação cerebral e para o desenvolvimento de diversos processos fisiológicos do RN. A privação do sono nos RN internados nas UCIN, além de provocar desconforto, pode prejudicar o seu desenvolvimento cognitivo e neuromotor. Por isso, é importante adotar estratégias destinadas a promover e a manter o sono nas UCIN.

Objetivo: Refletir sobre o percurso de aprendizagem, tendo por base os referenciais teóricos que norteiam a prática do EEESIP e a mais recente evidência científica; sintetizar as atividades realizadas e as competências desenvolvidas; mapear as estratégias que promovem o sono do RN internado na UCIN.

Metodologia: Foi utilizada uma metodologia critico-reflexiva sobre as ações desenvolvidas nos diferentes estágios. Foi também realizada uma scoping review, através de pesquisa em diversas bases de dados e motores de busca: MEDLINE via PubMed; LILACS, IBICS e BDEF – Enfermagem via BVS; CINAHL Complete e Nursing & Allied Collection via EBSCOhost; Scopus, Science Direct e Directory of Open Access Journals via B-On e Scielo em fevereiro de 2022. Foram definidos como limitadores de pesquisa os artigos publicados nos últimos 5 anos (2017 a fevereiro de 2022), disponibilizados em texto integral e nos idiomas português, inglês e espanhol.

Resultados: O percurso de aprendizagem resultou num enriquecimento pessoal e profissional, de aquisição de conhecimentos baseados em evidência científica, de desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, de esclarecimento de dúvidas, e consequentemente de melhoria na assistência ao recém-nascido/criança e sua família. Na investigação realizada, a amostra final incluiu 9 estudos, após a análise dos quais emergiram as seguintes estratégias promotoras do sono: gestão do ambiente da UCIN, estímulos auditivos calmos, concentração de cuidados, respeito pelo sono vigília do RN, contenção, sucção não nutritiva, massagem, posicionamento, canguru, técnica de Yakson e toque humano suave.

Conclusão: Foi baseado no conhecimento científico, relacional e técnico subjacente à prática do cuidar que pensamos ter desenvolvido e aperfeiçoado competências científicas, técnicas, relacionais e humanas no âmbito do cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. Da mesma forma, e no âmbito do cuidar do recém-nascido de alto risco e sua família, e também no âmbito da assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, desenvolvemos atividades que favoreceram o desenvolvimento de competências especializadas. Apesar da promoção do sono ser imprescindível para o desenvolvimento do RN, foi importante mapear evidências que sustentam a sensibilização e formação das equipas de enfermagem sobre o tema. Nesse sentido, consideramos que esta pesquisa constitui a base para a construção de documentos orientadores para os profissionais de saúde e que permitam a uniformização de cuidados que promovam o seu desenvolvimento saudável e que ao mesmo tempo sejam neuro protetores.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica; recém-nascido pré-termo; recém-nascido; sono; unidades de cuidados intensivos neonatais.

Abstract

Introduction: In an advanced training program, such as a master's and/or postgraduate degree, there is the opportunity to develop knowledge at a level of excellence, enabling the acquisition of technical-scientific, human and ethical skills, all of which are essential for the performance of autonomous quality interventions within the scope of specialized Nursing in Child Health and Pediatrics. The Nurse Specialist in Child Health and Pediatric Nursing should be responsible for the development of nursing practices based on the latest scientific evidence. Sleep is a basic need essential for brain maturation and for the development of several physiological processes in the NB. Sleep deprivation in NB admitted to NICUs, besides causing discomfort, may impair their cognitive and neuromotor development. Therefore, it is important to adopt strategies aimed at promoting and maintaining sleep in NICUs.

Objective: To reflect on the learning process, based on the theoretical frameworks that guide the practice of specialist nurses in pediatric and child health nursing and the most recent scientific evidence; to summarise the activities carried out and the skills developed; to map the existing scientific evidence on which interventions/strategies promote the sleep of infants admitted to NICUs.

Methodology: A critical-reflective methodology was used on the actions developed in the different internships. A scoping review was also conducted through a search in several databases and search engines: MEDLINE via PubMed; LILACS, IBECs and BDENF - Nursing via VHL; CINAHL Complete and Nursing & Allied Collection via EBSCOhost; Scopus, Science Direct and Directory of Open Access Journals via B-On and Scielo in February 2022. Articles published in the last 5 years (from 2017 to February 2022), made available in full text and Portuguese, English and Spanish languages were defined as search limiters.

Results: The learning path resulted in personal and professional enrichment, acquisition of knowledge based on scientific evidence, development and improvement of skills, clarification of doubts, and consequently improvement in the care of the newborn/child and their family. In the research conducted, the final sample included 9 studies, after analysis of which the following sleep-promoting strategies emerged: management of the NICU environment, quiet auditory stimuli, the concentration of care, respect for the NB's waking sleep, restraint, nonnutritive sucking, massage, positioning, kangaroo, Yakson technique, and gentle human touch.

Conclusion: Based on the scientific, relational and technical knowledge underlying the practice of care, we believe to have developed and improved scientific, technical, relational and human skills in caring for children/youth and family in situations of special complexity. Similarly, and within the scope of caring for the high-risk newborn and his/her family, and also within the scope of assisting the child/youth with the family in maximizing his/her health, we developed activities that favored the development of specialized skills. Although the promotion of sleep is essential for the development of the RN, it was important to map evidence that supports the awareness and training of nursing teams on the subject. In this sense, we believe that this research constitutes the basis for the construction of guiding documents for health professionals and allows for the standardization of care that promotes their healthy development and, at the same time, is neuroprotective.

Keywords: pediatric nursing; preterm newborn; newborn; sleep; neonatal intensive care units.

Sumário

Lista de Tabelas	I
Lista de Imagens	III
Lista de Abreviaturas/Acrônimos	V
Introdução	17
Parte I	21
1. Percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica	23
1.2. Estágio de Saúde Infantil e Familiar	24
1.1. Estágio de Pediatria	29
1.3. Estágio de Neonatologia	35
Parte II	41
2. Problemática	43
3. Enquadramento Teórico (Estado de Arte)	43
3.1. Características do Sono do Recém-nascido.....	43
3.2. Sono e desenvolvimento do Recém-nascido.....	44
3.3. Cuidados neuroprotectores do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais	45
3.4. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.....	47
4. Metodologia	48
4.1. Identificação da questão de investigação e objetivos	48
4.2. Estratégia de pesquisa e seleção de estudos.....	49
5. Resultados	49
6. Discussão dos Resultados	54
7. Conclusão	58
Considerações finais	61
Referências Bibliográficas	63
Apêndices	69
Apêndice 1 – Projeto de estágio de Pediatria	71

Apêndice 2 – Projeto de estágio de Saúde Infantil e Pediátrica.....	75
Apêndice 3 – Projeto de estágio de Neonatologia	79
Apêndice 4 – Apresentação da Neonatal Skin Risk Assessment (NSRAS)	81
Apêndice 5 – Lista de artigos pesquisados sobre a icterícia neonatal	87
Apêndice 6 – Quadros resumo da análise dos estudos elegíveis	89
Apêndice 7 – Artigos não elegíveis.....	94
Anexos.....	97
Anexo 1- Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist.....	99
Anexo 2 - JBI Template source of evidence	101

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estratégia PCC para elaboração da questão de pesquisa 48

Tabela 2 - Síntese dos estudos selecionados 51

Tabela 3 - Estratégias de promoção do sono recomendadas pelos estudos incluídos 54

Lista de Imagens

Figura 1 - 7 medidas centrais neuroprotetoras..... 46

Figura 2 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção de artigos para scoping review.... 50

Lista de Abreviaturas/Acrónimos

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CESIJ – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IG – Idade Gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

LASA – Look-Alike, Sound-Alike

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews Statement*

PRISMA-ScR – *PRISMA-Scoping Reviews*

M-CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers

NREM – Non Rapid Eye Movement

NSRAS – Neonatal Skin Risk Assessment Scale

REM – Rapid Eye Movement

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

SNC – Sistema Nervoso Central

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIRN – Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

A Ordem dos Enfermeiros no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019, p.4744), define Enfermeiro Especialista como sendo “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”.

Relativamente aos padrões de qualidade, a Ordem dos Enfermeiros (2017, p.3) estabeleceu no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível”.

Estudos recentes colocam o nosso país nos 10 países mais seguros para os recém-nascidos, refletindo uma das taxas de mortalidade neonatal mais baixas do mundo (OMS, 2012 citado por Lucas, 2016, p. 17). Tal facto deve-se ao avanço científico e tecnológico dos cuidados de saúde, das competências dos profissionais de saúde em geral e das UCIN's em particular.

Todavia, nestas unidades, os RN são submetidos a diversos estímulos mecânicos e sensoriais, quer sejam relacionados com a realização de procedimentos médicos e de enfermagem, quer seja com atividades relacionadas com a manutenção de equipamentos, que devido à sua imaturidade do sistema neurológico, têm dificuldade em adaptar-se e proteger-se destes estímulos (Maki et al., 2017). Estes estímulos são frequentemente nocivos para o RN, uma vez que provocam alterações importantes no seu organismo, e exemplo disso é a alteração do ciclo de sono vigília do RN, resultando na interrupção do sono e no limiar na privação do mesmo (Godarzi et al, 2018).

O sono é uma função vital, tão importante como respirar ou comer. Esta função assume maior importância no RN, uma vez que é durante o sono que ocorrem uma panóplia de processos fisiológicos que contribuem para o desenvolvimento e plasticidade cerebral (Carvalho et al, 2019).

Segundo Chora & Azougado (2015), o útero materno apresenta as características ideais para o desenvolvimento do feto, uma vez que filtra estímulos visuais e auditivos, criando um meio tranquilo e favorável ao desenvolvimento cerebral. Contudo, quando um bebé nasce (especialmente os bebés que nascem prematuros) e na impossibilidade de lhe fornecer um meio de desenvolvimento tão eficaz como é o útero materno, importa desenvolver estratégias

e intervenções que promovam um ambiente calmo. Altimier & Phillips (2016) desenvolveram um modelo de cuidados neuroprotetores que englobam 7 medidas centrais que apoiam o desenvolvimento cerebral dos RN internados nas UCIN's. A primeira medida central é a proteção do sono.

Os RN internados nas UCIN'S são muitas vezes expostos a situações que causam desconforto, ideia também defendida por Kolcaba que associa frequentemente o desconforto à pessoa hospitalizada. Assim, a Teoria do Conforto de Kolcaba permite um melhor entendimento da problemática, encarando a promoção do conforto como uma intervenção holística de enfermagem (Kolcaba, 2001).

Assim, e numa perspetiva de contribuir para a construção de saberes e evolução de conhecimentos, e pelo interesse aliado à minha experiência profissional em neonatologia, surge a escolha do tema: estratégias promotoras do sono nas unidades de cuidados.

No âmbito do desenvolvimento de competências especializadas durante o percurso formativo, foi crucial o referencial dos pilares de enfermagem pediátrica, nomeadamente a teoria do conforto de Kolcaba, os cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos. Reconhecemos a importância do papel que as famílias desempenham para garantir a saúde e bem-estar dos recém-nascidos, crianças, adolescentes e membros de toda a família, e a importância de cuidados terapêuticos pelo uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, do sistema de cuidados de saúde (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Este relatório foi elaborado na unidade curricular “Estágio com Relatório Final - Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia”, incluído no 3º semestre, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, e pretende refletir o percurso formativo e sua importância na aquisição de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas enquanto EEESIP (Regulamento n.º 422/2018) e ainda as atribuídas a quem possui o grau de Mestre (Decreto-lei n.º 65/2018, art.º 15), nas diversas dimensões do exercício profissional. Os estágios decorreram de 11/01/2021 a 16/07/2021 numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, numa USF e numa UCIN, todos localizados no centro do país.

Os objetivos deste trabalho são:

- Refletir sobre o percurso de aprendizagem, tendo por base os referenciais teóricos que norteiam a prática do EEESIP e a mais recente evidência científica;

- Sintetizar as atividades realizadas e as competências desenvolvidas;

- Mapear as evidências científicas existentes sobre quais intervenções/estratégias que promovem o sono dos bebês internados na UCIN

O relatório foi organizado em duas partes, divididas por capítulos. A primeira parte corresponde à descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos delineados e explicita as competências adquiridas no percurso formativo. A segunda parte refere-se ao enquadramento conceptual, à problemática e objeto de estudo, identificando e justificando o problema e sua pertinência para a Enfermagem Pediátrica.

Parte I

1. Percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica

Este relatório foi elaborado na unidade curricular “Estágio com Relatório Final - Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia”, incluído no 3º semestre, do 7º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Esta unidade curricular tem a duração total de 750h, das quais 570h são de contato, divididas em 390h de estágio e 180h de orientação tutorial. Está dividida em três áreas:

- Estágio de Pediatria, realizado num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, com a componente de 130h de estágio, decorreu de 15 de fevereiro a 20 de março de 2021;
- Estágio de Saúde Infantil e Familiar, realizado numa Unidade de Saúde Familiar, com a componente de 130h de estágio, decorreu de 8 de abril a 28 de maio de 2021;
- Estágio de Neonatologia, a realizado numa Unidade de Neonatologia, com a componente de 130h de estágio, decorreu de 7 de junho a 16 de julho de 2021;

Na formação especializada em Enfermagem, o estágio constitui um momento privilegiado e de forte relevância na construção da aprendizagem e no desenvolvimento de competências profissionais e pessoais. Assim a componente prática que abarca, permite implementar o projeto (Apêndices 1, 2 e 3) em contexto clínico, o que devido à sua permanente mudança obriga a que não seja um documento de carácter estático. Neste sentido, o projeto elaborado foi reformulado, alterado e dinamizado sempre que se considerou oportuno, com vista a prestar cuidados de excelência, personalizados e adequados às reais necessidades RN/crianças/jovens e família.

Os objetivos traçados constituíram um pilar que sustentou e justificou as ações desenvolvidas. Constituíram, assim, um importante instrumento de avaliação das atividades desempenhadas, traduzidas pela realização de um relatório de estágio.

A metodologia utilizada associou o seguinte: consulta do guia orientador do estágio; consulta do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros.

1.2. Estágio de Saúde Infantil e Familiar

“A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários (CSP)” (DGS, 2013, p. 57).

Na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ), segundo Fernandes e Andrade (2020) o princípio basilar para a promoção da saúde e prevenção da doença é a interação enfermeiro-cliente. A comunicação deve ser centrada no cliente e família, ser credível e confiável.

Durante este estágio, procurei sempre estabelecer uma relação empática, quer com a criança, quer com a família, bem como adequar o meu discurso à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança, para que assim, conseguisse colher a informação necessária à realização da consulta e para transmitir a informação/conhecimentos e realizar ensinamentos com vista à mudança de comportamentos.

A enfermeira tutora possui um conhecimento detalhado de cada família que pertence ao seu ficheiro. Mesmo sendo eu a iniciar a consulta de Saúde Infantil, foi por vezes difícil e desafiante continuar na condução da mesma, porque os pais, sobretudo os pais de recém-nascidos, tendem a procurar uma cara familiar, alguém com quem estão habituados a dialogar e a ir buscar informação. Porém, com a ajuda da enfermeira tutora fui conseguindo superar este obstáculo.

“Promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 70).

A vigilância regular de saúde em crianças e adolescentes engloba intervenções e procedimentos que têm como objetivo final a promoção da saúde neste grupo etário. Neste sentido, é recomendada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) a seguinte calendarização das consultas: 1ª semana de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5 anos, 6 ou 7 anos, 8 anos, 10 anos, 12/13 anos e 15/18 anos. Os momentos de consulta são recomendados e estão relacionados com idades-chave do desenvolvimento, contudo não são rígidos, devendo sempre adequar-se à situação individual de cada criança, podendo adicionar-se ou eliminar-se consultas consoante as suas necessidades (DGS, 2013).

No estágio na USF, tive a oportunidade de realizar e/ou assistir a várias consultas de vigilância de Saúde Infantil e juvenil correspondentes a cada uma das idades-chave propostas pela DGS.

Na realização destas consultas o sistema de informação utilizado nesta unidade (Medicine One[®]) foi uma mais valia, uma vez que permite um fácil acesso à informação com mais qualidade e, conseqüentemente, uma gestão mais eficiente dos cuidados de saúde. Este sistema que facilita a partilha de informação entre os profissionais da equipa multidisciplinar, maximizando o conhecimento do cliente, o que leva a cuidados de saúde mais individualizados, mais efetivos, mais eficazes e eficientes. Antes da realização da consulta procurava conhecer a história da criança, intercorrências anteriores, entre outros aspetos.

Outro instrumento importante e auxiliador das consultas foi o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). Este documento tem como finalidade o registo dos eventos mais importantes relacionados com a saúde da criança e do jovem. A informação que nele consta é pessoal e individualizada. É essencial que todos os profissionais envolvidos no atendimento registem os dados relevantes. Deste modo, sempre que a criança/jovem tiver contacto com os serviços de saúde (consulta, urgência, internamento) e se for portador deste Boletim, os profissionais têm acesso à informação da criança. As consultas de cada criança foram sempre registadas no BSIJ. Os pais foram também, ao longo das consultas, incentivados a escreverem neste documento as suas dúvidas, bem como a lerem as informações importantes para a promoção e manutenção da saúde, constantes neste documento e que os podem auxiliar, enquanto primeiros responsáveis pela saúde dos filhos, e os jovens a cuidar melhor da sua saúde.

As curvas de crescimento são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento de crianças e de adolescentes. O desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta saudável e, deste modo, tem implicações importantes na saúde das populações (DGS, 2013). Este é um parâmetro que frequentemente interessa aos pais, pois acaba por ser uma ilustração material do estado de desenvolvimento das crianças. O programa Medicine One[®] permite traçar as curvas de crescimento e assim mostrar aos pais e/ou crianças/jovens numa curva ampliada o percentil em que estas se encontram.

A verificação e o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação também foram uma constante ao longo das CESIJ, bem como o rastreio de doenças metabólicas. O método utilizado na USF para a realização deste rastreio é através da punção do calcanhar, o que é diferente do utilizado no serviço no qual exerço funções, que é através da punção de uma veia. Foi interessante ver esta técnica diferente, que sabia que existia e que julgava dolorosa, mas que com as estratégias não farmacológicas de alívio da dor veio a revelar-se um sucesso.

Ao longo da realização das consultas de Saúde Infantil e dada a diversidade de idades dos clientes consultados, foram diversas as áreas de preocupações dos pais e/ou crianças e jovens e conseqüentemente foram também diversas as áreas de ensinamentos, garantindo sempre a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças/jovens.

Na faixa etária dos RN e latentes as principais preocupações dos pais e que motivaram os ensinamentos realizados relacionavam-se com a amamentação/alimentação, hábitos de sono e síndrome de morte súbita do latente.

A alimentação também foi um assunto frequentemente abordado nas consultas realizadas, uma vez que apesar dos hábitos alimentares das crianças estarem a caminhar para os hábitos saudáveis e que segundo a DGS (2018), a sopa de legumes e a fruta fresca foram consumidas quatro ou mais vezes por semana por 83,2% e 82,6% das crianças, respetivamente. Todavia, os alimentos processados e com excesso de açúcares, como pizzas, folhados, pipocas, tinham consumos elevados, de 3 vezes por semana, em cerca de 80% das crianças (DGS, 2018, p. 42).

“Nos últimos 8 anos, o estudo COSI Portugal (2008 a 2016) tem vindo a mostrar uma diminuição da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil (6-8 anos)”, contudo a faixa etária dos 5 aos 9 anos é a que apresenta a maior prevalência de excesso de peso (38,1%, incluindo a obesidade) (DGS, 2018, p.47). Um exemplo disso, foi na consulta de saúde infantil atender uma menina de 6 anos que tinha um IMC acima do percentil 97. Esta menina na última consulta já tinha um IMC correspondente a pré-obesidade e a situação pandémica em que se encontra o país veio agravar a sua situação, uma vez que esta já tinha alguns cuidados com a alimentação, contudo houve uma diminuição abrupta da atividade física. Foram reforçados os ensinamentos relativos à adoção de uma alimentação saudável e a atividade física regular.

Na adolescência “as transformações físicas são exuberantes, as capacidades cognitivas aumentam claramente, o repertório afetivo enriquece-se e o processo de socialização estrutura-se de uma forma mais sofisticada” (DGS 2013, p. 111). Estas alterações fazem com que a consulta do adolescente assumam características específicas para que o enfermeiro consiga estabelecer empatia e consiga obter informações e compromisso com o adolescente.

Para ajudar o(a) profissional de saúde neste conhecimento, Goldenring e Cohen descreveram, em 1985, o acrónimo HEADS, que foi sendo sucessivamente aumentado, para aquele que hoje em dia se utiliza a nível mundial – HEEADSSS. Assim: H – home (casa, família); E – education e employment (escola e emprego); E – eating (alimentação); A – activities (atividades desportivas e de lazer); D – drugs (consumos, adição); S – sexuality

(sexualidade); S – Suicide (depressão, suicídio, humor); S – Safety (segurança, acidentes, violência) (DGS, 2013).

Como forma de sistematizar a informação necessária para a realização das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil e para sistematizar os pontos a avaliar em cada idade chave estabelecida pela DGS procedi à atualização do manual de boas práticas existente na USF, organizando-o segundo as siglas (SOAP) existentes no sistema de informação.

Para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Por isto todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de desenvolvimento ou de ritmos de aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

“O conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento, a sua antecipação e o aconselhamento dos pais sobre as atividades que podem ajudar a promover a aquisição das competências, podem evitar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros ou lacunas na estimulação da criança. Assim, mais do que apenas detetar os desvios patológicos da normalidade, é importante saber detetar também os desvios fisiológicos e passíveis de correção através de medidas simples. Pode fazer a diferença incentivar os pais a brincar com o seu filho de uma forma mais dirigida, ensinando-os a dirigir os seus estímulos e a saber que jogos usar” (Pinto, 2009, p. 677).

A avaliação clínica isolada deteta menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento. Em contraste, os instrumentos de rastreio standardizados têm sensibilidade e especificidade entre os 70 e 90% na identificação destas situações (DGS, 2013).

A escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan que integra o programa informático utilizado na USF, permite conhecer melhor os parâmetros normais do desenvolvimento. Todas as crianças a quem realizei CESIJ cumpriam os parâmetros desenvolvimentais para a sua idade constante nesta escala, com exceção de um menino de 18 meses, que já na consulta dos 12 meses não cumpria um dos parâmetros da escala e que tem uma família disfuncional. Após observação da criança e deteção de alguns sinais de alarme optou-se, após discussão com a médica da equipa multidisciplinar, pela aplicação do questionário M-CHAT. Como refere a DGS (2013) as perturbações do desenvolvimento psicomotor são diagnosticadas habitualmente por: pesquisa desencadeada em virtude de existência de fatores de risco; suspeita de qualquer problema por parte dos pais, familiares ou professores; observação clínica em exames periódicos ou oportunistas no contexto da vigilância de saúde.

O M-CHAT aplica-se em crianças dos 16 aos 30 meses, com o objetivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo. Resultados superiores a 3 (falha de 3 itens no total) ou em 2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15), após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento (Robins et al., 1999).

O menino acima referido, falhou em 3 itens, 1 deles considerado crítico (“Imita o adulto”). Como refere Pinto (2009), o reconhecimento dos desvios patológicos é também importante para que as crianças sejam sinalizadas mais cedo. Uma avaliação do desenvolvimento mais completa e especializada e iniciar intervenção o mais precocemente possível, tentando aproveitar a plasticidade cerebral para recuperar algumas competências e para evitar o acumular de dificuldades. Assim, a mãe foi alertada e foi agendada nova consulta passados 2 meses para decidir se é necessário o pedido de colaboração de técnicos especializados na área do neurodesenvolvimento. Constatamos que “o acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo, à semelhança, aliás, do próprio processo maturativo da criança. Deverá ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família e não apenas nas denominadas idades-chave” (DGS, 2013, p. 58).

Conforme foi anteriormente referido, as CESIJ são momentos essenciais para o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação. As principais medidas não farmacológicas de alívio da dor utilizadas foram: a amamentação e sucção não nutritiva nos recém-nascidos e latentes; e a distração em crianças mais velhas. Contudo, foi frequente, ao longo do ensino clínico, o choro aquando da administração de vacinas, apesar da implementação destas medidas.

Ao contrário do que se defendeu outrora, vários estudos demonstram que as crianças sentem dor e que provavelmente são mais suscetíveis à dor e sentem-na durante um período maior quando comparados com crianças mais velhas (Basiri-moghadam et al., 2014).

Abuelkheir et al. (2014), referem que as vacinas são a causa mais comum de dor iatrogénica nas crianças. Elas são frequente e repetidamente administradas ao longo da infância e adolescência, causando dor, ansiedade e medo nos clientes pediátricos, e representam uma fonte de stress nos seus pais. Posto isto, surgiu-me a questão se o EMLA® seria eficaz e seguro na redução da dor aquando da administração de vacinas. Efetuei uma pesquisa sobre este assunto e que passo a sintetizar:

Um ensaio clínico randomizado realizado por Basiri-moghadam et al. (2014), que compara o uso de EMLA® com o uso de rocas para reduzir a dor associada à vacinação em crianças com 4 meses de idade conclui que ambos são eficazes na redução da dor, mas a utilização de EMLA é mais eficaz que a distração.

As guidelines canadianas recomendam o uso de EMLA antes da vacinação, defendendo que é um procedimento seguro e com eficácia comprovada (grau A de recomendação, baseado no nível I de evidência). Os mesmos autores realizaram um estudo que mostrou que as crianças que fizeram aplicação de EMLA antes da administração das vacinas manifestaram um score de dor significativamente mais baixo que as crianças do grupo placebo, recomendando o uso rotineiro de EMLA antes da vacinação (Abuelkheir et al., 2014).

Contudo, no estudo de Harrison et al. (2016) a amamentação na faixa etária dos 0 aos 12 meses é mais eficaz a reduzir a duração do choro ou os scores de dor do que o EMLA®.

Em suma, as CESIJ realizadas nas diferentes idades visaram a manutenção e a promoção da saúde das crianças e dos jovens, promoveram a vigilância do desenvolvimento infantil e garantiram cuidados adequados e individualizados à criança/jovem e família.

1.1. Estágio de Pediatria

O Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos dispõe atualmente de 12 camas, distribuídas por 2 salas abertas e 4 quartos individuais. Neste serviço são prestados cuidados multidisciplinares diferenciados, médicos e cirúrgicos, destinados a todas as crianças dos 0 aos 18 anos de idade da região centro e pontualmente a crianças de outras regiões. A sua população alvo são: recém-nascidos que necessitem de cuidados cirúrgicos ou terapêuticas médicas não disponíveis nas maternidades ou que necessitam de apoio pediátrico diferenciado; crianças criticamente doentes do foro médico, cirúrgico (exceto cirurgia cardíaca) e traumatológico; crianças com insuficiência hepática aguda ou crónica agudizada e cuidados pós-cirúrgicos na transplantação hepática; transporte inter-hospitalar pediátrico da região centro (CHUC, 2015).

Apesar da estrutura do serviço ser maioritariamente um espaço amplo, separado por cortinas, há uma preocupação constante com a privacidade dos RN/crianças/jovens por parte de todos os profissionais de saúde. Recordo-me de um adolescente de 15 anos que teve um acidente de bicicleta e que necessitou de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. No momento dos cuidados de higiene no leito, foi questionado se este preferia que a higiene da região genital fosse realizada por nós ou pela mãe. Este optou pela mãe e nesse momento saímos do quarto para assim lhe proporcionar privacidade nesse momento.

Nunes (2020, p. 67) refere que “a ética de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica realiza julgamento sobre problemas (...) face aos valores, crenças e sentimentos dos atores morais envolvidos, procurando respostas mais adequadas, compassivas e equitativas”.

Desta forma, a prestação de cuidados foi sempre pautada pelo respeito pelas crenças e pelo dever de sigilo, evitando juízos de valor, recorrendo, muitas vezes a reflexões em equipa e/ou com a/o Enfermeira/o Tutor.

A integração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar foi conseguida com relativa facilidade, principalmente devido ao espírito aberto e de entreatajuda dos diversos elementos em que destaco os meus tutores.

O processo de enfermagem é um método sistemático e organizado de tomada de decisões sobre os cuidados de enfermagem, devendo ser analisados e interpretados os dados da situação da criança com exatidão, formulando, um plano de cuidados em colaboração com a criança e família. É elaborado com a linguagem CIPE que permite a utilização de uma linguagem comum para uma comunicação objetiva e eficaz na garantia da continuidade dos cuidados e na visibilidade da qualidade dos seus cuidados através do sistema B-ICU®.

De acordo com Sá et al. (2019), os sistemas de informação são um instrumento essencial à prática de enfermagem, uma vez que apoiam os enfermeiros na tomada de decisão, permitindo um fácil acesso a uma informação com mais qualidade sobre os cuidados prestados e, conseqüentemente, uma gestão mais eficiente dos cuidados de saúde. O mesmo autor defende ainda que facilitam a partilha de informação entre os profissionais da equipa multidisciplinar, maximizando o conhecimento do doente, o que leva a cuidados de saúde mais individualizados, mais efetivos, mais eficazes e eficientes.

A linguagem CIPE é uma linguagem com a qual estou familiarizada desde o Curso da Licenciatura em Enfermagem e o B-ICU® fez parte da minha prática profissional durante a minha mobilização no pico pandémico para o Serviço de Medicina Intensiva, o que foi facilitador na familiarização com os sistemas de documentação.

Este programa de registos permite ao enfermeiro dar visibilidade ao seu trabalho, nomeadamente ao nível dos ensinamentos de enfermagem, bem como ter uma visão global do doente, funcionando como um plano de cuidados, com terapêutica, dispositivos médicos, necessidades humanas básicas, entre outros. A sua consulta frequente e o seu correto preenchimento foram uma atividade frequente pelo que foi acima referido.

A tomada de decisão em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, implica uma abordagem sistémica onde são identificadas as necessidades de cuidados de enfermagem para o RN/criança/jovem e sua família. “O Enfermeiro Especialista presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 10). Após identificação do problema, as intervenções de enfermagem

são efetuadas com o objetivo de evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas identificados.

Silva et al. (2018, p. 68) defende que “a segurança dos doentes é reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, sendo prioritário desenvolver uma cultura de segurança que vise minimizar a ocorrência de erros e favorecendo a aprendizagem com os mesmos”. As crianças pelas suas características, quer intrínsecas quer extrínsecas, são mais vulneráveis ao erro.

Visando a prática de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, validei todas as minhas intervenções com a/o enfermeira/o tutor/a, debati o resultado das minhas intervenções, solicitando sugestões de melhoria por forma a alcançar melhores resultados na minha prestação. No decorrer do meu estágio foi para mim um fator potenciador do erro o facto de as unidades não estarem numeradas e a identificação das crianças não ser de rápida visualização o que me levou a uma prática de confirmação mais frequente. Tal fator é minimizado pela existência no B-ICU® de uma planta da sala com a numeração das unidades e com o nome da criança internada.

Acredito que, para prestar os cuidados de enfermagem com qualidade, um enfermeiro tem de possuir competências a vários níveis, tendo sido de extrema importância colaborar com a enfermeira tutora e restante equipa de enfermagem, de forma gradual, visando a autonomia nas diversas atividades de enfermagem. Considero que foi o que aconteceu no meu estágio, foi feita uma adaptação gradual: os primeiros 2 dias serviram maioritariamente para observação e, à medida que o tempo ia decorrendo, a minha colaboração foi aumentando, permitindo-me aperfeiçoar competências (quer ao nível dos procedimentos, quer comunicacionais), estabelecer prioridades e otimizar recursos.

A partilha de conhecimentos também foi uma constante, uma vez que na altura deste estágio, a maioria da população internada era de recém-nascidos pré-termo (população com a qual trabalho diariamente). Assim, fomos debatendo os pontos em comum, bem como as diferenças existentes na prática, sobretudo ao nível dos cuidados desenvolvimentais.

Este estágio permitiu-me ter contato com situações que são um hiato no serviço onde trabalho, nomeadamente, os cuidados pós-cirúrgicos imediatos. São exemplo disso, o pós-cirurgia cardíaca, situação clínica que também não é habitual fazer o pós-operatório nesta unidade. Esta situação que pude observar no decorrer do estágio representa um grau elevado de complexidade de cuidados a um RN que tinha um pace-maker externo, 2 drenos torácicos, vários cateteres centrais e uma panóplia de medicação que era necessário gerir devido às diversas incompatibilidades entre as mesmas. Relativamente ao objetivo específico a que me propus de “Cuidar dos RN/crianças/jovens em situação de especial complexidade”, penso que

o mesmo foi atingido, pelo que foi anteriormente referido, contudo outras atividades ficaram por desenvolver, nomeadamente, os cuidados na ventilação de alta frequência e na hipotermia induzida. A enfermeira tutora partilhou comigo a experiência nesta unidade em relação a estes dois procedimentos, bem como os protocolos correspondentes que vigoram no serviço.

O fato de nos cuidados intensivos pediátricos, ficarem internadas crianças gravemente doentes e que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem muito interventivos e complexos, com auxílio de ventiladores, monitores e outros equipamentos, leva por vezes a grande ansiedade por parte dos pais. Esta situação pode ser minimizada pela disponibilidade das equipas para esclarecerem dúvidas e tentarem resolver os problemas que surjam. Assim, os pais sentem-se acompanhados e suportados.

O EEESIP “tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa em qualquer contexto que ela se encontre... de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (Ordem do Enfermeiros, 2017, p.10). “Os profissionais de saúde necessitam por isso de atender do ponto de vista físico, psicológico e social, não só a própria criança como também e de forma indissociável a sua família” (Gomes et al., 2009, p. 107). Foi importante também disponibilizar e favorecer o apoio de cuidados espirituais.

A comunicação está na base do sucesso da relação entre o enfermeiro e a criança/família. É imprescindível que o enfermeiro apoie e oriente a família nos cuidados à criança, informando de forma aberta e sincera, utilizando linguagem clara, adotando uma atitude flexível e individualizada que vá de encontro às necessidades específicas de cada criança/família.

Como forma de estabelecer uma relação empática com os pais (situação que assume cada vez mais importância porque o pai ou a mãe se encontravam sozinhos a acompanhar o seu filho devido à situação pandémica do país), ser um bom ouvinte, valorizar as suas preocupações e permitir que se for sua vontade tenha momentos de descanso, foram estratégias que facilitaram esta relação durante o meu estágio.

Tavares (2020), refere que a hospitalização é um momento stressante não só para a criança, mas também para toda a família. “Aspetos como o cuidado atraumático por parte dos profissionais que cuidam, o cuidado centrado na família e uma adequada preparação para a hospitalização são essenciais para mitigar o sofrimento de todos” (Tavares, 2020, p. 95).

Os cuidados de Enfermagem ministrados nesta unidade são pautados pelas filosofias acima referidas. O cuidado com o controlo da dor, quer através de estratégias farmacológicas,

quer através de estratégias não farmacológicas, são uma prioridade para os enfermeiros. Apesar de ser um serviço onde se encontram crianças gravemente doentes e com dispositivos médicos de grande complexidade, os pais são, assim que possível, envolvidos nos cuidados aos seus filhos, sendo, também esta uma prioridade da Equipa de Enfermagem, minimizando o stress causado pela hospitalização e funcionando como uma ajuda externa para se adaptarem a esta nova realidade e a todas as alterações de rotinas que ela exige.

A prática dos cuidados atraumáticos e da parceria de cuidados ajudam a minimizar o impacto dos sentimentos mais frequentes ao longo do internamento e que segundo Gomes et al. (2009) são o desespero, a revolta, a tristeza, a preocupação e a culpa, bem como a reduzir os constrangimentos com as técnicas invasivas, o equipamento e o ambiente (Tavares, 2020).

Outro objetivo específico que delineei foi “adquirir conhecimentos relacionados com o Serviço de Transporte Inter-hospitalar (TIP)”. Para mim este objetivo foi pertinente uma vez que na minha prática profissional transferimos várias vezes RN via TIP para outros polos, quer para realização de exames complementares de diagnóstico, quer para realização de cirurgias e pretendia conhecer a dinâmica e organização desta valência dos Cuidados Intensivos Pediátricos em articulação com o INEM.

O TIP tem como função o transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre unidades de saúde. A sua equipa é composta por um médico, um enfermeiro e um técnico de emergência intra-hospitalar, e estão dotados de todo o material necessário para a estabilização e transporte de doentes dos 0 aos 18 anos.

“A taxa de mortalidade e morbilidade é mais baixa em crianças transportadas por equipas especializadas, ocorrem menos eventos adversos e os resultados na saúde da criança a longo prazo são mais promissores” (Gouveia, 2019, p. 169).

A imprevisibilidade de uma saída do TIP requer uma revisão diária do material e da medicação existente nas malas de apoio, que é realizada pelo enfermeiro, bem como a testagem e operacionalidade, também diária dos equipamentos utilizados no transporte, nomeadamente o ventilador, a incubadora de transporte, entre outros.

Durante o dia em que acompanhei a enfermeira tutora no TIP, tivemos duas saídas para a Maternidade, uma para transferir uma RN prematura de 28s com dois drenos torácicos e com o diagnóstico de pneumotórax recorrentes da Maternidade para os Cuidados Intensivos Pediátricos e outra para transferir outra RN prematura com pós-operatório tardio de cirurgia gástrica (ileostomias) dos Cuidados Intensivos Pediátricos para a Maternidade. Com estas duas experiências percebi a importância da estabilização do doente antes da saída do local de origem, pois tal situação diminui a ocorrência de intercorrências durante o transporte.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais “Realizar uma prática clínica baseada na evidência científica e pautada por autoconhecimento e assertividade” pude constatar que não têm implementado no serviço de Cuidados intensivos uma escala de avaliação do risco de lesão nos RNPT.

Desta forma, “a pele do recém-nascido é caracterizada como delicada, fina e frágil. Se conjugarmos estas características com a imaturidade dos sistemas e a utilização de dispositivos médicos, imprescindíveis à sobrevivência desta população, deparamo-nos com uma situação de aumento do risco de lesão da pele” (Martins & Curado, 2017, p.44).

Martins e Curado (2017) referem que fatores como a imaturidade da pele, um estado de saúde instável e a diminuição da efetividade das estruturas de suporte da pele, tornam os RNPT uma população vulnerável ao aparecimento de úlcera por pressão. “Os fatores de risco mais frequentes, em neonatos, são a imobilidade, a presença da força de fricção e o cisalhamento, a desnutrição, a perfusão tecidual e o comprometimento da oxigenação, e a presença de dispositivos médicos indispensáveis para a sua sobrevivência (Sanada et al. citado por Martins & Curado, 2017, p. 45).

A European Pressure Ulcer Advisory Panel (2013), defende que a identificação da etiologia e dos fatores de risco, bem como a monitorização precoce do grau do risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, pode evitar o aparecimento de cerca de 95% das lesões por pressão (Martins & Curado, 2017).

Assim, a utilização de instrumentos preditivos do risco, adequados à população neonatal, permitem avaliar e objetivar planos de prevenção e tratamento sensíveis aos cuidados de enfermagem. Nos Cuidados Intensivos Pediátricos aplicam a escala Braden Q para a população pediátrica (aplicada a crianças com idade compreendida entre os 21 dias de vida e os 18 anos) não havendo implementado neste serviço uma escala de avaliação para a população neonatal (dos 0 aos 21 dias), ficando esta desprotegida face à utilização de instrumentos para a avaliação do risco de lesão por pressão. Desta forma, e após diálogo com o Enfermeiro Tutor, elaborei uma pequena apresentação sobre a escala Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS) (Apêndice 1).

A NSRAS foi desenvolvida por Barbara Huffines e Cynthia Logsdon em 1997. É baseada na escala de Braden para população adulta, mas utiliza fatores de risco específicos para o desenvolvimento de lesões por pressão em neonatos (Huffines & Logsdon, 1997) e foi validada para a população portuguesa pela Enfermeira Cláudia Martins em 2014.

Nesta escala é avaliada a condição física geral do RN (idade gestacional), o estado mental, a mobilidade, a atividade, a nutrição e a humidade. Cada item tem uma medida do

tipo Likert com 4 pontos. Os somatórios dos itens variam de 6 a 24 sendo um score mais baixo representativo de um baixo risco de UP e um score mais elevado representativo de um alto risco, no entanto se a pontuação for ≥ 13 deve-se iniciar um padrão de cuidados para RN em risco de lesão da pele.

1.3. Estágio de Neonatologia

A UCIRN é uma unidade de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) da Região Centro na assistência ao Recém-Nascido. Como HAPD constitui referência para os Hospitais distritais. É constituída por um total de 15 camas (9 incubadoras e 6 berços) distribuídas por 5 salas. Este serviço é composto ainda por uma copa de leites e pela unidade materna, onde as mães ficam alojadas após terem alta do puerpério.

A missão da UCIRN é prestar cuidados intensivos e especiais aos RNs e pais da sua área de abrangência, de forma personalizada, garantindo a qualidade e objetivando a promoção da saúde e debelação da doença, tendo em conta a satisfação das necessidades e expetativas dos RNs e respetivas famílias.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa em qualquer contexto que ela se encontre... de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.10). “Os profissionais de saúde necessitam por isso de atender do ponto de vista físico, psicológico e social, não só a própria criança como também e de forma indissociável a sua família” (Gomes et al., 2009, p. 107).

Tavares (2020, p.95), refere que “aspetos como o cuidado atraumático por parte dos profissionais que cuidam, o cuidado centrado na família e uma adequada preparação para a hospitalização são essenciais para mitigar o sofrimento de todos”.

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey sustenta-se na ideia de que ninguém melhor do que os pais podem prestar cuidados à criança, no sentido de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo e estimulando com amor. Descreve ainda a enfermagem Pediátrica como um processo de negociação partilhada respeitando a família nas suas competências, nos seus desejos e necessidades” (Casey, 1993).

Os cuidados de Enfermagem ministrados nesta unidade são pautados pelas filosofias acima referidas. O cuidado com o controlo da dor, quer através de estratégias farmacológicas, quer através de estratégias não farmacológicas, são uma prioridade para os enfermeiros. Apesar de ser um serviço onde se encontram RN que necessitam de cuidados altamente especializados, os pais são, assim que possível, envolvidos nos cuidados aos seus filhos,

sendo, também esta uma prioridade da equipa de enfermagem, minimizando o stress causado pela hospitalização e funcionando como uma ajuda externa para se adaptarem a esta nova realidade e a todas as alterações de rotinas que ela exige.

Para ajudar a minimizar os efeitos negativos do internamento nas UCIN's, os cuidados ao RNPT devem ser planeados em torno das suas necessidades e respetiva família. É necessário que o RNPT receba cuidados consistentes e que os pais exerçam o seu papel parental, inspirando-lhes bem-estar, confiança e autoestima. Os enfermeiros, sendo os membros da equipa multidisciplinar que mais tempo passam com a criança e sua família e que têm uma maior proximidade, relação e interação com ambos, desempenham um papel fulcral na vivência desta situação.

É importante fazer referência aos cuidados especializados de enfermagem. O EEESIP desempenha um papel muito importante nas UCIN, no desenvolvimento da parceria de cuidados com os pais/família, potenciando a relação pais/filhos, auxiliando na redução do stress associado à hospitalização e na adaptação ao "bebé real". Estando isso estabelecido pela OE, tanto no Regulamento como nos Padrões de Qualidade referentes a esta Especialidade de Enfermagem.

A consulta de instruções de trabalho de enfermagem existentes no serviço também me permitiu conhecer os métodos de trabalho e foram um auxílio importante para o desenvolvimento de cuidados de qualidade, suportados pela evidência científica.

Relativamente ao objetivo realizar uma prática clínica baseada em evidência científica e pautada por autoconhecimento e assertividade, é na minha opinião um objetivo que deve estar sempre presente, uma vez que os cuidados de saúde se têm tornado mais complexos e especializados, pelo que os enfermeiros necessitam de adquirir conhecimento avançado e competências para responder às necessidades de saúde em expansão.

"A enfermagem, tal como todas as outras disciplinas, necessita de produzir conhecimentos e de renovar o seu próprio corpo de saberes, para conseguir obter níveis de qualidade de cuidados prestados cada vez mais elevados e baseados na evidência que produz" (Lopes, 2012, p.111).

Refletir sobre as práticas permite ao Enfermeiro esmiuçar as suas decisões, analisando onde e como a teoria contribuiu ou poderia contribuir para as atitudes e intervenções.

Apesar de desenvolver a minha atividade profissional na área da Neonatologia numa unidade semelhante à UCIRN há experiências e oportunidades diferentes que me fizeram querer procurar evidência científica.

Durante o meu estágio na UCIRN havia uma RN internada com o diagnóstico de ictiose neonatal, não sendo uma situação frequente, resolvi realizar uma pesquisa sobre a doença e quais as guidelines no cuidar do RN com ictiose, para posteriormente, se fosse oportuno realizar um protocolo de enfermagem, pesquisa essa que coloco em anexo (Anexo 1).

Também me questionei se haveria evidências científicas que corroborassem as vantagens dos Cuidados Centrados na Família, quer para os pais quer para o RN. Assim, De Bernardo et al. (2017) criaram dois grupos de estudo, em que num dos grupos de pais colocaram em prática os cuidados centrados na família e no outro grupo cuidados standardizados. Depois de aplicada a Parental Stressor Scale: NICU nos dois grupos e analisados os resultados, os investigadores verificaram uma diferença significativa entre os dois grupos. Os pais pertencentes ao grupo dos cuidados standardizados apresentou níveis de stress mais elevados comparativamente aos pais pertencentes ao grupo dos cuidados centrados na família.

Zhang et al. (2018, p.5) também realizaram um estudo com dois grupos de pais, em que num existiam cuidados centrados na família e no outro não. Chegou à conclusão que os cuidados centrados na família contribuem para uma melhor compreensão da educação clínica dos pais, diminui os níveis de stress.

“Os cuidados centrados na família podem melhorar o ganho de peso e a readmissão em prematuros, bem como a satisfação, conhecimento e habilidades dos pais e, possivelmente, ansiedade, depressão e stress a longo prazo” (Ding, Zhu, et al., 2019, p. 63).

Acredito que, para prestar os cuidados de enfermagem com qualidade, um enfermeiro tem de possuir competências a vários níveis e a partilha de conhecimentos é uma delas. Desta forma, partilhei com os tutores pesquisas anteriormente realizadas e que poderiam levar à mudança de algumas práticas.

Almeida et al. (2012), referem que os sistemas que administram continuamente fluidos devem ser trocados num período não inferior a 96h com exceção dos lípidos e do sangue e seus derivados. Esta recomendação tem um grau de evidência IA (fortemente recomendado para implementação e fortemente sustentado por estudos bem desenhados experimentais, epidemiológicos ou clínicos).

Como forma de reduzir a degradação de algumas vitaminas e a formação de peróxidos de hidrogénio e lipídicos, Pereira-da-Silva et al. (2018) recomendam que as nutrições parentéricas devem ser protegidas da luz (incluindo fototerapia), utilizando para isso bolsa fotoprotetora e sistemas de perfusão opacos.

Relativamente ao objetivo aprofundar conhecimentos (teóricos e práticos) sobre Cuidados Centrados no Desenvolvimento, surgiu por ter conhecimento da existência de um

projeto de melhoria contínua “NeoNurturing – cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT” desenvolvido na UCIRN.

Na organização dos cuidados em neonatologia, pretende-se que se respeitem as várias necessidades do recém-nascido como é o de vigília/sono, manutenção de ambiente térmico neutro, proteção da pele, redução de luz forte e ruído, prevenção de infecções hospitalares assim como o controle de dor, redução ou eliminação do desconforto, sendo questões de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido de risco/prematuro (Santos, 2011).

Para potenciar o desenvolvimento harmonioso do RN prematuro é necessário conhecer profundamente as suas características. Constatei que na unidade os ciclos de sono/vigília dos RN são respeitados, assim como é muito frequente a contenção, o uso de rolos para estabelecimento de limites, o agrupamento de cuidados, a interpretação dos sinais do RN, a utilização de medidas não farmacológicas no controle da dor.

Como refere Ferraz (2017) após um estudo sobre as práticas dos cuidados centrados no desenvolvimento em unidades neonatais, é imperiosa a implementação de medidas padronizadas de Cuidados Centrados no Desenvolvimento, para tal existem na UCIRN instruções de trabalho que visam minimizar o impacto dos cuidados de enfermagem no seu desenvolvimento. O banho, o peso e o sair da incubadora para o canguru em contenção e a utilização da sacarose para alívio da dor são exemplo disso.

No que diz respeito a desenvolver competências na área da Gestão do Risco, este objetivo surgiu porque tanto eu como o enf. tutor somos o elo do grupo de Gestão de Risco nos serviços onde desempenhamos funções.

A tomada de decisão em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica implica uma abordagem sistémica onde são identificadas as necessidades de cuidados de enfermagem. “O Enfermeiro Especialista presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 10). Após identificação do problema, as intervenções de enfermagem são efetuadas com o objetivo de evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas identificados.

Silva et al. (2018, p. 68) defendem que “a segurança dos doentes é reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, sendo prioritário desenvolver uma cultura de segurança que vise minimizar a ocorrência de erros e favorecendo a aprendizagem com os mesmos”.

As unidades de cuidados intensivos neonatais, pela sua complexidade e pelas características dos clientes, são áreas de risco para a ocorrência de eventos adversos, assim surge a necessidade de ferramentas que permitam melhorar a segurança do RN (Arriaga et al., 2017). É evidente a preocupação na UCIRN em evitar o erro, para isso têm um registo da montagem e desmontagem dos ventiladores, uns cartões verdes que são colocados nas incubadoras e ventiladores após serem confirmados e que indicam que estão operacionais e prontos a usar. No armário onde guardam os consumíveis dos ventiladores, estes estão guardados por prateleiras consoante a marca do ventilador e têm etiquetas com cores diferentes que os identificam e distinguem.

Kuitunen & Airaksinen (2020), referem que os erros mais frequentes em meio hospitalar ocorrem com a medicação endovenosa. Esta, ainda não se encontra arrumada na unidade segundo a designação LASA, mas segundo o enf. tutor esse é um projeto em desenvolvimento na UCIRN.

Parte II

2. Problemática

As UCIN's são locais altamente medicalizados e complexos, preparados para receber RNPT e RN de termo gravemente doentes, sendo essenciais para a sobrevivência dos mesmos. São também locais com constante exposição à luz e com alto nível de ruído, gerando uma sobrecarga de estímulos negativos que prejudicam o sistema sensorial imaturo, podendo ter consequências negativas no desenvolvimento do RN, de termo ou prematuro (Pereira et al., 2018).

A privação de sono é um de muitos fatores de stress existentes na UCIN, e está frequentemente associado a atrasos de desenvolvimento e maturação do RN (Maki et al., 2017).

Assim, a proteção do sono é um componente crítico dos cuidados de apoio ao desenvolvimento para RNPT e RN de termo na UCIN, havendo a necessidade de desenvolvimento de técnicas que diminuam o stress a que os RN são expostos e promovam a manutenção dos seus padrões de sono. É importante que os profissionais de saúde que prestam cuidados aos RN ofereçam condições para que as funções biológicas e psicológicas do sono cursem de forma tranquila (Levy et al., 2018).

3. Enquadramento Teórico (Estado de Arte)

3.1. Características do Sono do Recém-nascido

No período neonatal é possível identificar 3 estadios do sono: sono REM ou sono ativo, sono NREM ou sono calmo e sono transicional ou indeterminado (Khan et al., 2009; Carvalho et al., 2019):

O sono REM ou sono ativo, é o estadio predominante no período neonatal e assume um papel fulcral na maturação e diferenciação do SNC, consolidação da memória e da aprendizagem e suporte no padrão comportamental. Tem como principais características: movimentos oculares rápidos; respiração leve, irregular, mais acelerada e acompanhada por um aumento da frequência cardíaca; e a atividade do corpo vai desde pequenos tremores a períodos em que se contorce e espreguiça. Estas características estão associados a atividade fisiológica intensa, permitindo um maior fluxo sanguíneo e consequentemente maior oferta de oxigénio para o cérebro, sendo fundamental para o desenvolvimento do RNPT.

O sono NREM, ou sono calmo corresponde ao período de repouso, manutenção de energia, aumento da síntese de proteínas e libertação da hormona de crescimento.

Caracteriza-se por respiração e batimentos cardíacos regulares, ausência de movimentos oculares, e podem ser também observados movimentos de sucção, sorrisos, caretas, tremores. Neste estágio a respiração é rítmica e regular; a atividade motora é limitada e quase inexistente (o RN pode ter ligeiros sobressaltos, mas não acorda).

O sono transicional ou indeterminado é quando se podem observar características do sono ativo e do sono calmo. O RN aparenta estar adormecido, mas os olhos podem abrir-se e fechar-se; apresenta uma respiração regular e podem observar-se movimentos suaves dos braços e pernas. Neste estágio, o bebê tende a ser acordado pelos estímulos externos.

Finalmente o período de vigília é caracterizado por olhos abertos e respiração irregular e ativa (Barbeau & Weiss, 2017). Este período pode dividir-se em: despertar ativo, em que o RN tem movimentos corporais grosseiros e frequentes e se apresenta com os olhos abertos; e em despertar calmo/quieto, em que pode ter ou não movimentos corporais, os olhos estão abertos e podem ou não apresentar movimentos oculares (Khan et al., 2009).

O ciclo do sono é mutável com o passar do tempo, sendo que o RN inicialmente passa a maior parte do tempo em sono ativo, com posterior prolongamento do sono tranquilo e consequente encurtamento do sono ativo. O RN apresenta um padrão de sono polifásico, alternando a cada três a quatro horas ciclos de sono e vigília (Maki et al., 2017).

Os RN, à semelhança do período fetal, apresentam diferenciação dos estados de sono ativo e sono calmo a partir da 27^a semana de gestação. Os RNPT podem dormir até 90% do seu tempo, ao contrário do RN de termo que dorme 70% do tempo. Os estudos mostram ainda que os bebês pré-termo apresentam períodos de sono tranquilo relativamente mais largos e maior frequência de sono REM (Barbeau & Weiss, 2017).

Quando comparados com os RN de termo, os RNPT demoram mais tempo a adormecer e os ciclos de sono são mais curtos. Os RNPT, devido à imaturidade do seu sistema neurológico têm mais dificuldade em se protegerem dos estímulos externos e consequentemente, mais dificuldade na transição do sono leve para o sono profundo (Chora & Azougado, 2015).

3.2. Sono e desenvolvimento do Recém-nascido

O sono é uma função vital como respirar ou comer e é o principal estado comportamental no período neonatal. O sono tem funções importantes no desenvolvimento de diversos sistemas do ser humano, nomeadamente no sistema neurossensorial, motor e imunológico, bem como da plasticidade cerebral. Ele é essencial no processo de aprendizagem a curto prazo, com especial enfoque no consolidamento e armazenamento das

memórias. Permite, também uma utilização reduzida dos produtos metabólicos, ficando estes disponíveis para o neurodesenvolvimento e para a reparação dos tecidos (White, 2015).

Sabe-se que o sono tranquilo está associado ao aumento do volume pulmonar, melhor organização dos estados de sono e vigília, estabilidade fisiológica e, conseqüentemente, ganho de peso (Ribas et al. 2019). Desempenha um papel na restauração de energia e na maturação cerebral, permite a estabilização das conexões neuronais, aumenta a síntese de proteínas e liberta hormonas de crescimento. O sono ativo é caracterizado por um alto nível de atividade neuronal endógena. Contribui para o amadurecimento do sistema nervoso central e a consolidação da memória (Zores et al., 2018).

O padrão de sono do RN é amplamente influenciado pela estimulação sensorial excessiva. Enquanto estava no útero materno, o feto encontrava-se a maior parte do tempo em sono profundo, enquanto que na UCIN o sono do RN é frequentemente interrompido, alterando o ciclo de sono, uma vez que impede o RN de entrar em sono profundo que é fundamental para o crescimento cerebral e a sua maturação, bem como, para o aumento da progressão ponderal, através da libertação da hormona de crescimento (Chora & Azougado, 2015).

Assim, a facilitação, a proteção do sono e dos ciclos do sono são essenciais para aprendizagem a longo prazo e desenvolvimento contínuo do cérebro através da preservação da plasticidade cerebral (Altimier & Phillips, 2016).

3.3. Cuidados neuroprotectores do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais

O ambiente na UCIN é conhecido por ser um ambiente nocivo e hiperestimulante para o RN, pois aqui há manipulação excessiva, procedimentos frequentes, associados a luz forte e ruído acima dos 45db, o que se pode provocar alterações auditivas, fisiológicas e comportamentais do RN aí hospitalizado (Gaíva et al., 2010).

Desta forma, no sentido de reduzir o impacto negativo da hospitalização na UCIN e promover o desenvolvimento adequado do RN é imperativo organizar cuidados e definir programas para o cuidar do RN internado em UCIN, respeitando o seu ritmo e a sua individualidade, apoiando o cérebro em desenvolvimento (Lockridge, 2015).

Os cuidados neuroprotetores são intervenções capazes de prevenir a morte celular neuronal, permitindo a sua cura, através do desenvolvimento de novas conexões para a sua funcionalidade (Altimier & Phillips, 2016).

O Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento foi elaborado por Altimier & Phillips (2016) e inclui sete medidas centrais dos cuidados neuroprotetores que servem de guia clínico, norteador para os profissionais de saúde na prestação de cuidados ao RNPT e sua família na UCIN. As 7 medidas centrais são: ambiente terapêutico; parceria de cuidados; posicionamentos; minimizar a dor/stress; proteção da pele; otimização da nutrição e salvaguarda do sono (figura1). Estas medidas, apesar de terem um guia orientador individual para a sua aplicação, são interdependentes.

Para assegurar cuidados neuroprotetores é necessário mudar práticas e abandonar a prestação de cuidados rotineira, uma vez que, para garantir a eficácia dessas estratégias e para consequentemente obter ganhos em saúde para o RN, é necessário que o enfermeiro planeie os cuidados a prestar de forma personalizada, respeitando o seu desenvolvimento e o seu ritmo. Se na prática conseguirmos associar estas medidas neuroprotetoras e combinar os cuidados médicos e de enfermagem, esta é a melhor forma de obter ótimos resultados a nível do neurodesenvolvimento e assim, reduzir a duração de internamento e os custos hospitalares (Altimier & Phillips, 2016).

Por tudo isto, é imperativo apostar na formação dos profissionais de saúde nesta área no sentido da prestação de cuidados neuroprotetores, personalizados e individualizados.

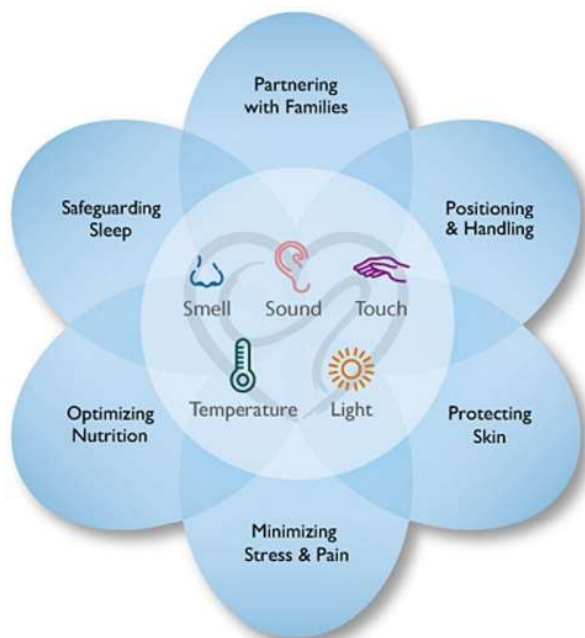


Figura 1 - 7 medidas centrais neuroprotetoras

Fonte: Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>

3.4. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

O conforto é um conceito central da Enfermagem, contudo é um termo ambíguo, complexo e que foi analisado por Katharine Kolcaba. Assim, importa compreender em primeira instância o significado deste conceito (Kolcaba, 1991).

“O termo conforto é um derivado regressivo de confortar, que significa auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo. Confortar, do latim *confortare*, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea citado por Apóstolo, 2009, p. 62).

Na linguagem comum conforto é referido como um estado de tranquilidade e de paz, é tudo o que torna a vida fácil e confortável, é a ausência de desconforto (Kolcaba, 1991). Segundo (Mendes et al., 2016), cuidar é promover a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida e é inerente ao ser humano.

Na Enfermagem, o significado de conforto baseia-se nas necessidades do utente, nos diversos ambientes terapêuticos (Kolcaba, 1991).

Segundo Mendes et al. (2016), Kolcaba defende que o estado de conforto significa ausência de fatores que causam desconforto, como preocupação, dor, entre outros. A sua Teoria tem por base a identificação/compreensão das necessidades de cada um, promovendo cuidados individualizados, o que gera conforto e bem-estar no utente. Kolcaba, na sua teoria, estabelece 2 dimensões: estados de conforto e contexto de conforto. Os estados de conforto englobam o alívio (“condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica”), tranquilidade (estado de alma ou contentamento”) e transcendência (“condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento”). Relativamente aos contextos, o conforto pode ser experimentado ao nível físico (“pertencente às sensações do corpo”), psico-espiritual (“pertencente à consciência interna de si próprio”), ambiental (“pertencente ao meio, às condições e influências externas) e social (“pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais”) (Dowd, 2001, p. 485). Na estrutura taxonómica criada pela teórica, que é composta por 12 células que englobam as dimensões supra referidas, permite mapear o conteúdo do conforto para que os enfermeiros trabalhem, utilizando a mesma linguagem visando um objetivo comum que é o conforto do utente (Kolcaba, 2001).

A Teoria do Conforto, como já foi referido anteriormente, assenta na individualidade do utente e explica como as medidas de conforto são importantes na manutenção e promoção da saúde do mesmo. O ambiente hospitalar é propício ao desenvolvimento de desconforto por parte do utente, uma vez que o expõe à realização de procedimentos invasivos, afasta-o do seu meio e da sua família. Assim, o enfermeiro tem a fulcral tarefa de promover cuidados

que visem o melhor conforto, identificando a origem do desconforto e elaborando planos de cuidados que ajudem o utente a alcançar o seu estado de conforto (Mendes et al., 2016). “O enfermeiro é aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo” (Apóstolo, 2009, p. 62).

4. Metodologia

Tendo em conta os objetivos definidos optamos realizar uma scoping review através da pesquisa em base de dados científicas e motores de busca.

Para a realização da metodologia foi utilizado o guia descritivo da scoping review apresentado pela Joanna Briggs Institute.

4.1. Identificação da questão de investigação e objetivos

Por forma a definir as características dos estudos a incluir nesta scoping review e de construir uma questão de investigação clara e significativa, foi utilizado o acrónimo PCC (Tabela 1). Este representa as iniciais dos aspetos fundamentais a serem incluídos na questão de investigação e que permitem ainda formular os critérios de inclusão,.

Tabela 1 - Estratégia PCC para elaboração da questão de pesquisa

Acrónimo	Definição	Elemento de construção da Questão
P	População	RN e RNPT até aos 28 dias de vida
C	Conceito	Estratégias promotoras do sono
C	Contexto	Unidades de cuidados intensivos neonatais

Desta forma, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: “Quais as intervenções promotoras do sono dos RN’s internados nas UCIN’s?”

Os objetivos definidos para esta pesquisa são os seguintes:

- Mapear as evidências científicas existentes sobre as intervenções/estratégias que promovem o sono dos bebés internados na UCIN;
- Refletir sobre as lacunas existentes no que se refere à promoção do sono nesta população.

4.2 Estratégia de pesquisa e seleção de estudos

Na estratégia de pesquisa utilizada, foram tidos em conta alguns aspetos que permitiram chegar ao processo de seleção dos artigos/estudos. Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa inicial em 2 bases de dados: CINHALL complete e MEDLINE, no sentido de selecionar os artigos sobre a promoção do sono no RN internado na UCIN, identificar palavras-chaves e possíveis descritores.

Posteriormente, e com base nos resultados da pesquisa inicial, procedeu-se à pesquisa de publicações nas seguintes bases de dados e motores de busca: MEDLINE via PubMed; LILACS, IBECIS e BDENF – Enfermagem via BVS; CINAHL Complete e Nursing & Allied Collection via EBSCOhost; Scopus, Science Direct e Directory of Open Access Journals via B-On e Scielo em fevereiro de 2022, usando a seguinte expressão Booleana de pesquisa após introdução dos descritores adequados: (newborn or neonate or premature or preterm) AND (sleep) AND (intensive care units, neonatal). O termo nurs* não foi considerado, pois apesar de ser um descritor, é também um limitador.

Foram definidos como limitadores de pesquisa os artigos publicados nos últimos 5 anos (de 2017 a fevereiro de 2022), disponibilizados em texto integral e nos idiomas português, inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão foram: artigos/estudos que referissem estratégias promotoras do sono em RN até aos 28 dias de vida, independentemente da idade gestacional ao nascer, internados na UCIN. Como critérios de exclusão definiram-se os seguintes: artigos que não disponibilizavam o texto integral, publicações fora das datas estabelecidas, artigos que não respondiam à questão de investigação, artigos cuja população tinha idade superior a 28 dias de vida e artigos que visavam o sono dos enfermeiros ou pais de RN internados na UCIN.

A seleção dos estudos foi guiada pela questão de investigação e pelos critérios de inclusão.

5. Resultados

Após introdução dos descritores mencionados foram obtidos 178 resultados sujeitos ao processo de seleção. As referências bibliográficas foram geridas pelo programa Mendeley® e os achados duplicados eliminados. A seleção dos artigos foi realizada através da leitura do título, do resumo e da leitura integral dos mesmos. No final, foi incluído um artigo através da análise das referências bibliográficas, uma vez que se considerou que dava resposta à questão de investigação.

Em 2018, o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews Statement* (PRISMA), foi alargado às *Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), estando disponível desde 2020, a última versão da metodologia do JBI *scoping review* (Peters, et al., 2020), metodologia essa, cuja *check-list* (anexo 1) será seguida nesta pesquisa. Desta forma, o processo de seleção dos artigos encontra-se descrito imediatamente abaixo através do fluxograma PRISMA (Figura2):

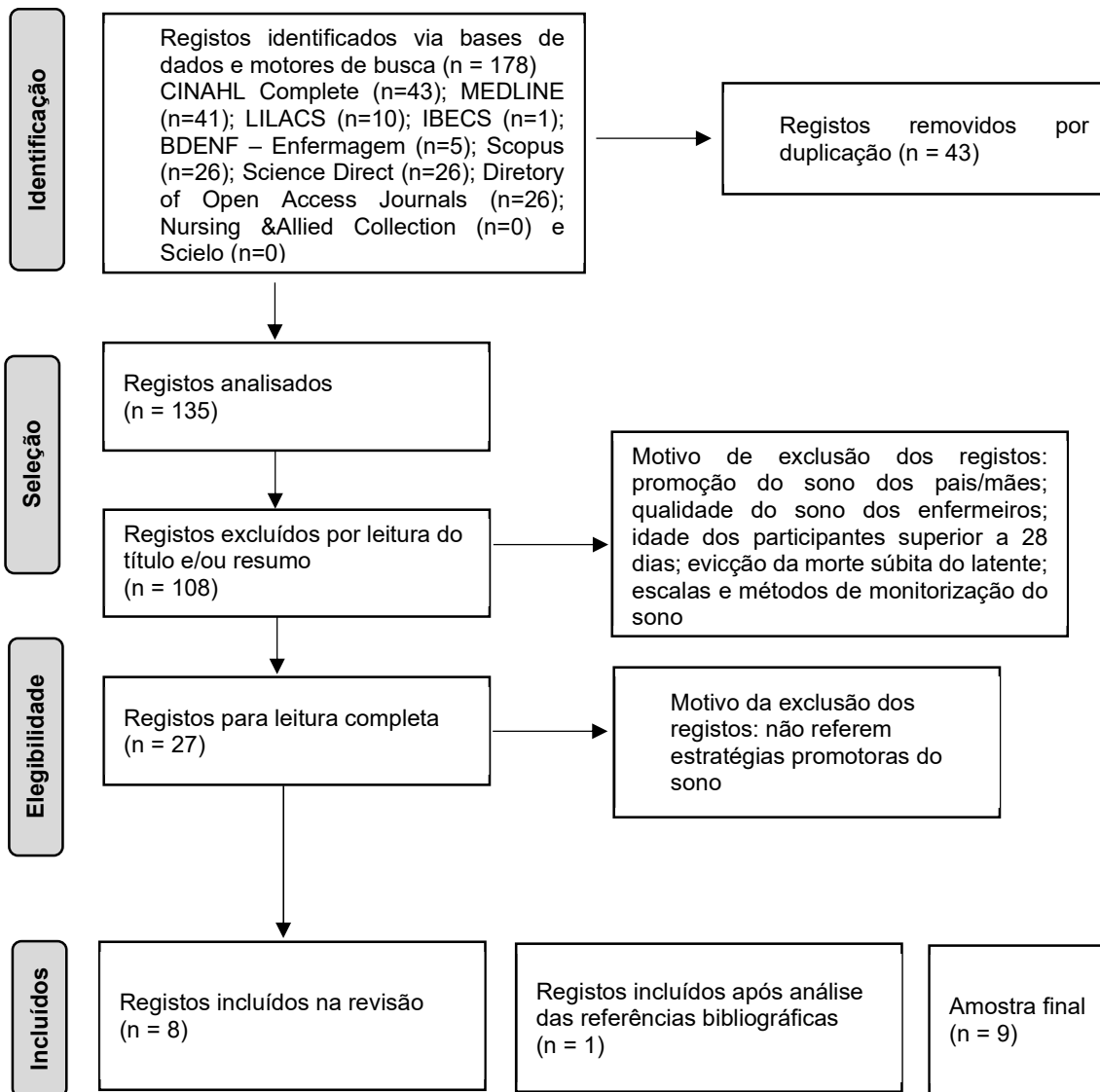


Figura 2 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção de artigos para scoping review

Peters et al. (2020) sugerem um instrumento de síntese de evidências, características e extração de dados apresentado no Anexo 2. Tendo por base o modelo destes autores, foi criada uma folha standardizada para extração de dados e preenchida com os dados descritivos para a caracterização dos estudos/artigos e inclui informação acerca dos autores, ano de publicação e país onde foi desenvolvido, o tipo de investigação/estudo; objetivos, contexto, resultados e conclusões, procurando responder à questão de investigação. De

ressalvar que este quadro de análise foi aplicado aos artigos elegíveis para análise de texto integral e será apresentado em anexo (Apêndice 1).

Após o processo de seleção e leitura integral dos artigos, foi possível elaborar uma tabela onde se apresenta a síntese dos dados obtidos dos diferentes estudos, no qual constam as informações mais relevantes acerca dos mesmos.

Tabela 2 - Síntese dos estudos selecionados

Nº	Autores/ país	Título	Tipo de estudo	Objetivos do estudo	Resultados
E1	Correia & Lourenço (2020) Portugal	Promoción del sueño en unidades de cuidados intensivos neonatales: scoping review	scoping review	Mapear a evidência científica existente quanto às estratégias promotoras do sono do recém- nascido internado em UCIN	As estratégias mais referidas pelos estudos 9 estudos incluídos são gestão do ambiente, principalmente a redução do ruído e da luz. Outras intervenções benéficas para a promoção do sono são: a técnica de Yakson, a técnica "Gentle Human Touch", o Método Mãe Canguru, concentração das manipulações e a utilização de colchão modelador. A utilização de contenção através de ninhos mostrou-se mais eficaz na promoção do sono do que a técnica swaddling. Em relação à massagem, as opiniões não são consensuais, sendo que há um estudo que a recomenda e outro que só recomenda em RN de termo. Os estímulos auditivos, são referidos como benéficos o uso do "Remo ocean disk", a voz da mãe e som dos batimentos cardíacos.
E2	Bazregari et al. (2019) Irão	Effect of Clustered Nursing Care on Sleep Behaviors of the Preterm Neonates Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit	Ensaio clínico	Investigar o efeito dos cuidados de enfermagem agrupados nos padrões de sono dos RNPT internados na UCIN	Os resultados demonstraram que a duração média do sono tranquilo nos participantes que receberam os cuidados agrupados, foi maior do que no grupo controle. Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação à duração das fases do sono tranquilo e ativo. A duração da vigília silenciosa, alerta e choro do grupo controle foi maior do que o grupo teste. Os cuidados agrupados melhoram o tempo de sono nos RN, demonstrado que os recém- nascidos passam mais tempo em padrões de sono calmo e ativo
E3	Ribas et al. (2019) Brasil	Effectiveness of Hammock Positioning in Reducing Pain and Improving Sleep- Wakefulness State in Preterm Infants	Ensaio clínico aleatório controlado	Avaliar o efeito do posicionamento na rede no alívio da dor e na promoção do sono dos RNPT internados na UCIN	Os bebês colocados em redes apresentaram uma melhoria de 41% no estado de sono-vigília (avaliado pela Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale). Além disso, após 2 h da manipulação, 10 dos RNPT (77%) no grupo de posicionamento de rede estavam em sono profundo em comparação com 2 (16%) no grupo de posicionamento tradicional.

Tabela 2 – Síntese dos estudos selecionados (continuação)

Nº	Autores/país	Título	Tipo de estudo	Objetivos do estudo	Resultados
E4	Lan et al., (2018) Taiwan	Effects of a supportive care bundle on sleep variables of preterm infants during hospitalization	Ensaio clínico prospectivo aleatório controlado	Analisar os efeitos prolongados de um conjunto de cuidados de suporte (modulação dos estados dos bebês, sucção não nutritiva, aconchego e alimentação oral com sacarose) nas variáveis de sono de bebês prematuros durante a hospitalização	Os RNPT (65 com IG de 28 a 36s) foram aleatoriamente divididos em 2 grupos durante procedimentos invasivos: (1) grupo de controle sujeito a cuidados de rotina, incluindo posicionamento e toque suave; ou (2) grupo de intervenção em que os cuidados de suporte foram adicionados aos cuidados de rotina. O conjunto de cuidados de suporte não apenas aumentou significativamente a eficiência do sono e o tempo total de sono, mas também diminuiu significativamente a duração da latência do sono e a frequência dos períodos de vigília. É recomendado antes da realização de um procedimento doloroso a diminuição da luz direta e do ruído, o respeito pelo ciclo de sono-vigília do RN. A combinação de sucrose e o uso de chupeta durante os procedimentos dolorosos, bem como a contenção e o toque suave também são recomendados.
E5	Liao et al., (2018) China	Non-pharmacological Interventions for Sleep Promotion on Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review	Revisão sistemática da literatura com meta-análise	Resumir a evidência científica sobre a eficácia do uso de intervenções não farmacológicas no sono do RNPT internado na UCIN	Revisão que incluiu 36 estudos. As intervenções não farmacológicas incluíram o NIDCAP, música, sucção não nutritiva, toque, luz cíclica, cobedding, sacarose oral, colchões modeladores e posicionamento, contudo dada a heterogeneidade dos dados algumas intervenções não foram incluídas na meta-análise. Os colchões modeladores e a alternância cíclica de luz tiveram efeitos significativos na promoção do sono em bebês prematuros. O NIDCAP e o cobedding não tiveram efeito significativo no sono dos bebês. Foram incluídos ainda na revisão sistemática, mas excluídos da meta-análise intervenções como o toque humano suave e a musicoterapia que são benéficos para a promoção do sono; o posicionamento em decúbito ventral, que se apresenta como a posição que favorece um maior tempo de sono, enquanto em decúbito dorsal diminui o tempo de sono tranquilo; a sucção não nutritiva é favorecedora de um maior tempo de sono.
E6	Mony et al., (2018) Índia	Effect of nesting on sleep pattern among preterm infants admitted in NICU	Ensaio clínico aleatório controlado	Comparar o efeito da técnica de "nesting" e "swaddling" no padrão de sono do RNPT.	Os RNPT (21 entre as 30 e as 36s de IG) foram incluídos aleatoriamente em 2 grupos: o de contenção através do uso de ninhos e o de contenção através da técnica swaddling. Para avaliação do sono destes RNPT foi utilizada a Sleep Assessement Scale. No grupo de contenção através do uso de ninhos foi observado um aumento da duração total do sono, com diminuição do tempo de sono ativo e aumento do sono tranquilo quando comparado ao grupo submetido a swaddling, concluindo-se que a contenção através de ninhos é mais vantajosa para o RNPT quando comparada com a técnica de swaddling.

Tabela 2 – Síntese dos estudos selecionados (continuação)

Nº	Autores/ país	Título	Tipo de estudo	Objetivos do estudo	Resultados
E7	van den Hoogen et al., (2017) Países Baixos	How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review	Revisão sistemática da literatura	Investigar as evidências atuais sobre intervenções promotoras do sono do RN durante a hospitalização na UCIN	Revisão que incluiu 14 estudos e concluiu que existem diversas intervenções promotoras do sono dos RN internados nas UCIN's. Quando comparado com o grupo de controle, o grupo a que foi aplicado o método canguru e as técnicas de Yakson e Gentle Human Touch revelaram aumento do período de sono ativo e sono tranquilo, com diminuição dos estados de agitação/choro. O uso da luz cíclica também demonstra efeitos no sono a médio prazo (20 a 30 dias após a intervenção). É também recomendado o respeito pelo ciclo de sono vigília, sugerindo que os procedimentos de rotina sejam realizados nos períodos de vigília do RN. O NIDCAP e o uso do colchão viscoelástico não apresentaram efeitos significativos. A massagem revelou efeitos no aumento da sonolência. Relativamente à musicoterapia a música de embalar não mostrou mudança significativa no padrão de sono dos RN; enquanto o "Remo ocean disk" mostrou um impacto positivo nos padrões de sono, com maior tempo de sono e períodos de sono tranquilos
E8	Zores et al. (2018) França	Observational study found that even small variations in light can wake up very preterm infants in a neonatal intensive care unit	Estudo prospectivo observacional	Avaliar o impacto de pequenas variações nos níveis de luz no sono de recém-nascidos muito prematuros	Estudo que incluiu 27 RNPT entre as 26 e as 31 semanas de idade gestacional. Como resultado verificaram que pequenas e espontâneas variações de luz interromperam o sono de bebês muito prematuros, especialmente quando a proteção da incubadora era insuficiente. Referem a necessidade de desenvolver e implementar métodos eficientes de proteção contra a luz para preservar o sono dos bebês prematuros mais vulneráveis e apoiam o uso de coberturas opacas das incubadoras.
E9	Valizadeh et al. (2017) Irão	Comparison of 2 Methods of Light Reduction on Preterm Infants' Sleep Pattern in NICU: A Randomized Controlled Trial	Ensaio clínico randomizado controlado	Analisar os efeitos de controlo da luz através da cobertura da incubadora e cobertura facial do RN no padrão de sono dos mesmos.	Estudo que incluiu 60 RNPT com IG entre 28 e 32 semanas, divididos aleatoriamente em 2 grupos: no grupo de intervenção, as incubadoras foram cobertas com uma capa grossa e o rosto dos bebês coberto com uma cobertura facial. No grupo de controle as incubadoras foram cobertas com uma cobertura grossa, mas a face dos bebês não foi coberta. No grupo de intervenção a duração média do sono foi de 570 minutos no primeiro dia comparado com 463 minutos no grupo controle, e subiu para 629 minutos no sexto dia no grupo intervenção comparado com 396 minutos no grupo controle. A diferença entre os 2 grupos foi de cerca de 107 minutos no primeiro dia e cerca de 233 minutos no sexto dia de intervenção. Criar mais barreiras para a luz dentro da incubadora (cobrindo o rosto) pode ajudar a aumentar a duração do sono em RNPT internados em UCIN.

Foram incluídos nesta *scoping review* 9 artigos publicados entre 2017 e 2020. Foram realizados em países como Irão, França, Holanda, Índia, China, Taiwan, Brasil e Portugal. A população da maioria dos estudos é composta por RNPT, com exceção do E1 e do E7 que incluíram RNPT e RN de termo.

Como forma de sintetizar as estratégias sugeridas pelos autores e por forma a facilitar a discussão foi elaborada a seguinte tabela (tabela 3) que sistematiza as intervenções que fomentam a promoção do sono dos RN internados na UCIN.

Tabela 3 - Estratégias de promoção do sono recomendadas pelos estudos incluídos

Estudo	Estratégias recomendadas
E1	Controlo da luz e do ruído; alternância cíclica de luz; Concentração dos cuidados/manipulações; Posicionamento adequado; Contenção: com ninhos, com lençol (swaddling) ou com as mãos; Sucção não nutritiva; Técnica de Yakson; Técnica Gentle Human Touch; Canguru; Massagem; Estímulos auditivos tranquilos
E2	Cuidados agrupados
E3	Utilização de redes (hammock)
E4	Conjunto de intervenções de apoio a adotar antes da realização de um procedimento doloroso: Ajuste dos níveis de luz e ruído; Modulação do estado do RNP; Sucção não nutritiva; Administração oral sacarose; Toque humano suave; Contenção manual
E5	Alternância cíclica de luz; Colchão modelador; Musicoterapia; Toque humano suave; Sucção não nutritiva; Dormir em decúbito ventral.
E6	Utilização de ninhos
E7	Método canguru; Técnica Yakson; Toque humano suave; Massagem; Alternância cíclica de luz; Musicoterapia (Remo ocean disk); Concentração das manipulações; Respeito pelo ciclo de sono-vigília do RN
E8	Proteção da luz; uso de cobertas opacas para as incubadoras
E9	Cobertura opaca para as incubadoras; cobertura facial do bebé

6. Discussão dos Resultados

O ruído e a luz são dos fatores que mais interferem no ritmo do sono. A exposição do RN a altos níveis de ruído e a pequenas variações da luminosidade podem causar distúrbios nos padrões de sono, irritabilidade, agitação e choro (Gaíva et al., 2010).

Após análise dos artigos, as estratégias mais frequentemente encontradas para a promoção do sono do RN foram as relativas à manutenção do ambiente da UCIN, com especial enfoque na redução do ruído (E1, E4, E5, E7) e da luminosidade (E1, E4, E5, E7, E8, E9).

Nos estudos acima referidos é mencionado o ruído como tendo impacto no sono de recém-nascidos, as recomendações são que os níveis deste permaneçam abaixo dos 45 db, contudo existem regularmente momentos em que o nível de ruído é superior, podendo chegar a 140db. Para reduzir o ruído E1 sugere reduzir os volumes dos alarmes, reduzir o tom de voz na comunicação entre a equipa e/ou com os pais, evitar colocar objetos em cima e evitar bater na incubadora.

Relativamente à luminosidade, são sugeridas estratégias como cobrir as incubadoras com coberturas opacas (E1, E8, E9), usar luzes mais suaves (E1), não ligar luzes diretamente no rosto do bebé (E1) e utilização de cobertura facial (E9).

No E8 é referido que pequenas e espontâneas variações de luz interromperam o sono de bebés muito prematuros, especialmente quando a proteção da incubadora é insuficiente. Desta forma, apoiam a necessidade de desenvolver e implementar métodos eficientes de proteção da luz e apoiam o uso de coberturas opacas das incubadoras para preservar o sono dos bebés.

O E9, ao comparar 2 grupos de RN internados em UCIN, concluiu que a duração média do sono era superior no grupo que tinha a incubadora coberta com uma capa grossa e uma cobertura facial, quando comparado com o grupo que só tinha a incubadora coberta com capa grossa, sugerindo que criar mais barreiras para a luz dentro da incubadora (cobrindo o rosto) pode ajudar a aumentar a duração do sono em RNPT internados em UCIN.

A alternância cíclica de luz foi outra estratégia sugerida por E1, E5 e E7, que concluíram que a alternância cíclica de luz teve efeitos significativos na promoção do sono em bebés prematuros. Nesta estratégia há 12h de luz acesa e 12h de luz apagada para simular o ambiente diurno e noturno, auxiliando no estabelecimento do ritmo circadiano, importante na produção da hormona do crescimento e na cicatrização dos tecidos. Contudo E7 refere que o uso da luz cíclica só demonstra efeitos no sono a médio prazo (20 a 30 dias após a intervenção).

Antes de manipular o RN, o cuidador deve planear e organizar os cuidados, pois cuidados sem planeamento tendem a demorar mais, bem como deve agrupar os cuidados a prestar para que o RN tenha períodos mais longos de descanso (Gaíva et al., 2010).

Assim, a concentração da manipulação do RN também foi referida nos artigos (E1, E2, E7). Os cuidados devem ser agrupados respeitando o ciclo de sono vigília, aproveitando os momentos em que o RN está acordado (E1, E2). Nos casos em que os cuidados não podem ser adiados, deve-se modelar o comportamento do RN, ajudando-o a organizar-se para que a transição sono-vigília seja o mais tranquila possível (E1, E4). Sugere-se falar suavemente

com o bebê antes de tocá-lo, e manipulá-lo de maneira suave e gradualmente, para que a transição do sono à vigília seja o menos abrupta possível (Gaíva et al., 2010).

O E2 refere ainda que os cuidados agrupados melhoram o tempo de sono nos RN, demonstrado que os recém-nascidos passam mais tempo em padrões de sono calmo e ativo, havendo diferenças estatisticamente significativas entre o grupo sujeito a cuidados rotineiros e o grupo sujeito a cuidados agrupados. No E7 é também recomendado o respeito pelo ciclo de sono vigília, sugerindo que os procedimentos de rotina sejam realizados nos períodos de vigília do RN.

No útero materno, o bebê tem limites bem definidos, no meio extra-uterino é necessário a utilização de material de posicionamento (como ninhos, rolos, lençóis...) para fornecer limites e suporte ao corpo do RN, mantendo um equilíbrio entre contenção, exploração e auto-organização (Chora & Azougado, 2015). Esta opinião também é corroborada pelos artigos analisados ressaltando que um correto posicionamento contribui para uma organização e autorregulação do bebê, favorecendo a promoção do sono (E1, E3, E6).

O artigo E6 refere maior tempo de sono com contenção com ninhos do que com contenção através de swaddling, contudo E1 refere haver artigos que corroboram o anteriormente descrito, mas há artigos que também corroboram o contrário.

Nesta pesquisa foram encontrados 4 tipos de contenção: através de ninhos (E1, E6), swaddling (contenção com lençol), redes de balanço colocadas dentro da incubadora (E3) e contenção manual (E1, E5).

O E5 refere ainda que o posicionamento em decúbito ventral é a posição que favorece um maior tempo de sono, enquanto em decúbito dorsal diminui o tempo de sono tranquilo.

Torna-se necessária a utilização da contenção manual (ou toque positivo), que consiste na colocação das mãos paradas, sem pressão excessiva, cedendo aos movimentos, contendo a cabeça, as nádegas e os membros. O toque firme proporciona ao bebê a sensação de segurança e conforto, através da diminuição do nível de atividade motora (Chora & Azougado, 2015).

Como referem Bijari et al (2012), um tipo de estimulação táctil que tem um efeito relaxante no RN é o Gentle Human Touch ou toque suave. Nesta técnica, uma mão é colocada sobre a cabeça do bebê com as pontas dos dedos acima da linha da sobrancelha e a palma da mão a tocar no rosto, enquanto a outra mão é colocada no abdómen. Semelhante ao Gentle Human Touch, existe uma técnica coreana, chamada técnica de Yakson que inclui aspectos como mãos quentes, toque suave sem pressão, e movimento lento das mãos. Nesta técnica uma mão é colocada por baixo das costas da criança e a outra mão é colocada sobre o abdómen, alternando períodos de carícias suaves do abdómen com períodos de repouso.

De acordo com o acima descrito, são também sugeridas intervenções sensoriais que são igualmente benéficas na promoção do sono do RN; a técnica de Yakson (E1, E7), a técnica "Gentle Human Touch" (E5, E7) e o Método Mãe Canguru (E5, E7).

No E7, o grupo a que foi aplicado o método canguru e as técnicas de Yakson e Gentle Human Touch revelaram aumento do período de sono ativo e sono tranquilo, com diminuição dos estados de agitação/choro, quando comparado com o grupo de controle.

No que diz respeito aos estímulos auditivos, as canções de embalar não têm efeitos significativos na promoção do sono, contudo o "remo ocean disk" (E1, E7) (instrumento preenchido com bolas de metal que cria um efeito sonoro semelhante ao som das ondas), o som da voz da mãe (E1) e do ruído dos batimentos cardíacos (E1) são estratégias promotoras do sono do RN. O E7 conclui que a música de embalar não mostrou mudança significativa no padrão de sono dos RN; enquanto o "Remo ocean disk" mostrou um impacto positivo nos padrões de sono, com maior tempo de sono e períodos de sono tranquilos.

A massagem é recomendada por E7, contudo E1 refere não haver consenso citando um artigo que apresenta efeitos benéficos no padrão de sono apenas para recém-nascidos de termo.

Na UCIN os RN são frequentemente expostos a procedimentos invasivos, como forma de minimizar o impacto destes procedimentos no conforto do RN, o cuidador deverá auxiliar o RN durante os procedimentos, realizando contenção das extremidades em flexão, apreensão do dedo do cuidador e até mesmo sucção não nutritiva (Gaíva et al., 2010).

O estudo E4, que também se encontra referido em E1, procurou encontrar estratégias para manter e promover o sono durante os procedimentos dolorosos, sugerindo o uso de sacarose oral, sucção não nutritiva, contenção manual, toque suave, ajuda ao RN na transição sono-vigília, adequação dos níveis de luz e ruído. No E3 verificou-se a eficácia da utilização de redes de balanço para o alívio da dor em procedimentos invasivos e conseqüentemente uma transição mais rápida para o estado de sono profundo. No E5 é referido que a sucção não nutritiva é favorecedora de um maior tempo de sono.

A preocupação com o bem-estar e conforto dos RN internados nas UCIN, por parte dos profissionais de saúde em geral e dos enfermeiros em particular é uma constante, dado todo o contexto de saúde do RN e do que é necessário para a sua sobrevivência. Kolcaba (2003,p.) "define conforto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência". A mesma autora defende que ações de conforto efetuadas pelos profissionais de saúde e a intenção destes confortarem são cruciais para que o utente as entenda como tal, considerando o conforto como um estado dinâmico e positivo, respeitando a sua natureza holística.

Desta forma, qualquer tipo de desconforto (seja ele físico, social ou emocional) pode interferir na promoção e na qualidade do sono, sendo este altamente influenciado pelo ambiente. De forma a proteger e promover o sono do RN internado em UCIN, o enfermeiro deve implementar estratégias/intervenções que promovam o conforto destes bebês, com o objetivo que estes tenham um sono de qualidade, importante na sua recuperação. Exemplo dessas estratégias são as referidas nos estudos incluídos nesta scoping review, quer sejam elas ambientais (como o controlo da luz e do ruído), sensoriais (como o Gentle Human Touch, Técnica de Yackson, massagem, contenção, posicionamento com ninhos ou swadling, ...) ou relacionadas com a organização dos cuidados nas UCIN (respeito pelo sono vigília, cuidados agrupados, ...).

Em suma, intervenções que visem a promoção do conforto e que sejam capazes de facilitar o sono e o repouso do RN devem ser implementadas pelos enfermeiros, uma vez que daí se obtêm ganhos em saúde, uma vez que, segundo Correia & Lourenço (2020), são fáceis e baratas de colocar em prática e são da área de intervenção autónoma de enfermagem

7. Conclusão

Os enfermeiros que trabalham em UCIN devem estar munidos de conhecimentos sobre estratégias promotoras do sono e devem ser capazes de fundamentar a sua prática diária. Este estudo permitiu compreender a importância da manutenção e promoção do sono dos RN durante a hospitalização na UCIN assim como a importância da sua implementação para o desenvolvimento e saúde dos RN.

Ao realizar esta revisão, foi possível verificar que os estudos incluídos na presente revisão possibilitam responder à questão de investigação. Como limitação consideramos que existem poucos estudos sobre esta temática, os que existem têm amostras pequenas e por vezes existe alguma heterogeneidade de resultados obtidos.

Os resultados salientam que a promoção do sono é um fator importante a ter em consideração nas UCIN's, opinião corroborada por diversos autores referidos ao longo desta revisão scoping, pois é durante o sono que ocorrem diversos fenómenos fisiológicos importantes para o desenvolvimento do RN, nomeadamente, a nível cerebral, pulmonar, entre outros. Isto traduz-se numa maior estabilidade fisiológica e conseqüentemente em ganhos em saúde.

Considera-se relevante continuar a aprofundar este tema, realizando estudos semelhantes nas nossas UCIN's, uma vez que não existem estudos realizados em Portugal.

Os ganhos em saúde são cada vez mais uma preocupação atual. Desta forma a problemática abordada tem grande interesse e os resultados obtidos podem dar contributos importantes, não só para futuros estudos sobre a problemática da promoção do sono em UCIN, bem como, para reflexão sobre as intervenções do EEESIP. De facto, foi importante o mapear de evidências que resultam desta revisão e que consideramos serem pertinentes sugestões para suportarem o desenvolvimento de uma prática baseada na filosofia de cuidados centrados no desenvolvimento, mas também constituírem estratégias e intervenções que favorecem o sono tranquilo e reparador do RN nas UCIN's.

Consideramos também que este trabalho servirá para refletir sobre as práticas de promoção do sono nas UCIN's e servir de guia à criação de documentos orientadores para todos os profissionais de saúde no sentido da uniformização de cuidados e da melhoria da assistência neonatal.

Considerações finais

A componente prática que o estágio abarcou, permitiu implementar o projeto de estágio em contexto clínico. Os objetivos traçados constituíram um pilar que sustentou e justificou as ações desenvolvidas, assumindo-se como um importante instrumento de avaliação das atividades desempenhadas, traduzida na elaboração deste relatório de estágio.

Há sempre aprendizagens para fazer e atitudes para melhorar/aperfeiçoar no meu desenvolvimento profissional. Um local de trabalho diferente e uma equipa multidisciplinar nova, associado a distintas experiências vivenciadas, constituíram um veículo de enriquecimento pessoal e profissional, de aquisição de aprendizagens baseadas em evidência científica, de desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, de esclarecimento de dúvidas, e consequentemente de melhoria na assistência ao recém-nascido/criança e sua família.

É de salientar, que é baseado no conhecimento científico, relacional e técnico subjacente à prática do cuidar em contexto dos estágios que penso ter desenvolvido e aperfeiçoado competências científicas, técnicas, relacionais e humanas no âmbito dos cuidados ao RN/criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; no âmbito do assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; e no âmbito do prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento nº 422, 2018).

O EEESIP deve ser responsável pelo desenvolvimento das práticas de enfermagem, baseadas na mais recente evidência científica, através de intervenções holísticas e objetivando a promoção do conforto do utente, como defendido por Katherine Kolcaba. Isto traduz-se na promoção de comportamentos potenciadores de saúde e consequentemente em ganhos em saúde.

A revisão scoping realizada evidencia a necessidade de compreender a importância do sono para o desenvolvimento do RN, bem como mapear as estratégias que promovem a manutenção do mesmo nos bebés internados na UCIN. Relevamos a importância do controlo da luz e do ruído, concentração das manipulações/cuidados, contenção (através de ninhos, swaddling ou toque positivo), método canguru, a técnica de Yakson, respeito pelo ciclo de sono-vigília do RN, sucção não nutritiva, massagem e musicoterapia.

Como foi referido ao longo deste trabalho, o sono é um fator importante no desenvolvimento do RN, uma vez que a sua manutenção contribui para o neurodesenvolvimento do RN, para uma diminuição dos seus gastos metabólicos e consequentemente, ganhos em saúde, como por exemplo maior aumento ponderal e diminuição do tempo de internamento.

Apesar da promoção do sono ser imprescindível para o desenvolvimento do RN, é necessário sensibilizar e ministrar formação às equipes de enfermagem sobre o tema, enfatizando a importância da utilização de intervenções de enfermagem que visam os cuidados neuroprotetores e criando documentos orientadores para todos os profissionais de saúde que permitam a uniformização de cuidados, tendo sempre como principal objetivo o conforto e o desenvolvimento do RN.

No final penso ter atingido com sucesso os objetivos inicialmente propostos. Em forma de conclusão, considero que a realização deste trabalho foi útil na medida em que me permitiu elaborar uma retrospectiva reflexiva do meu percurso acadêmico, bem como aprofundar uma área dos cuidados neuroprotetores importante no desenvolvimento do RN e que muitas vezes é difícil conservar e promover, que é o sono.

Referências Bibliográficas

- Abuelkheir, M., Alsourani, D., Al-eyadhy, A., & Temsah, M. (2014). EMLA cream : A pain-relieving strategy for childhood vaccination. <https://doi.org/10.1177/0300060513509473>
- Almeida, A., Pereira, O., Neto, M. T., & Casella, P. (2012). Recomendações para Prevenção de Infecção Relacionada Com Ou Associada A Cateteres Vasculares Centrais. 1–18.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II(9), 61–67.
- Arriaga, M., Sanz, E., Rodríguez, A., De, S., Marsinyach, I., Collados, L., Díaz, A., & Luna, S. (2017). Mejorando la seguridad del paciente : utilidad de las listas de verificación de seguridad en una unidad neonatal &. *Anales de Pediatría*, 87(4), 191–200. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.11.005>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Barbeau, D. Y., & Weiss, M. D. (2017). Sleep disturbances in newborns. *Children*, 4(10). <https://doi.org/10.3390/children4100090>
- Basiri-moghadam, M., Kianmehr, M., Pasban-noghabi, S., & Basiri-moghadam, K. (2014). Comparison of EMLA cream with rattles on reducing immunization pain in four months infants. 64(8), 874–878.
- Bazregari, M., Mirlashari, J., Pouraboli, B., & Ranjbar, H. (2019). Effect of clustered nursing care on sleep behaviors of the preterm neonates admitted to the neonatal intensive care unit. *Iranian Journal of Neonatology*, 10(3), 14–20. <https://doi.org/10.22038/ijn.2019.34814.1516>
- Bernardo, G., Svelto, M., Giordano, M., Sordino, D., & Riccitelli, M. (2017). Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: A prospective cohort pilot study. *Italian Journal of Pediatrics*, 43(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0352-1>

- Bijari, B. B., Iranmanesh, S., Eshghi, F., & Baneshi, M. R. (2012). Gentle Human Touch and Yakson: The Effect on Preterm 's Behavioral Reactions. 2012, 6–11. <https://doi.org/10.5402/2012/750363>
- Carvalho, J.; Batista, A.; VAZ, J. & Santos, A. (2019). Promoção do sono seguro no recém-nascido pré-termo em unidades de neonatologia. *Pensar Enfermagem*, 23(2), 57–63. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,shib&db=ccm&AN=142552036&site=ehost-live&scope=site>
- Casey, A. (1993) Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: Glasper, E. & Tucher, A. – *Advances in Child Health Nursing*, London, Scutari, 1993: p.183-193
- 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? In *Revista Saúde & Ciência Online* (Vol. 1, Issue 2, pp. 101–105). <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeciencia/index.php/RSC-UFCEG/article/view/14/17>
- Chora, M., & 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)
- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. (2015). Guia de funcionamento: Unidade de cuidados intensivos pediátricos. Coimbra: CHUC. https://www.chuc.min-saude.pt/media/Cuidados_Intensivos_Pediatricos/Guia_de_Funcionamento_do_Servico_-_EADDDHP94_Versao_nordm_0_Nov.2015_.pdf
- Correia, A., & Lourenço, M. (2020). Promoción del sueño en unidades de cuidados intensivos neonatales: scoping review. *Enferm. glob*, 19(57), 527–543. <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.370941>
- Ding, X., Zhu, L., Zhang, R., Wang, L., Wang, T. T., & Latour, J. M. (2019). Effects of family-centred care interventions on preterm infants and parents in neonatal intensive care units: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Australian Critical Care*, 32(1), 63–75. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.10.007>
- Direção Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2018). Relatório Saúde infantil e juvenil. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>

- Dowd, T. (2004). Teoria do conforto. In A. Tomey & M. Alligood, Teóricas de enfermagem e sua obra (pp.481-495). Lisboa: Lusociência.
- Ferraz, L. (2017). Ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro.
- Gaíva, M., Marquesi, M., & Rosa, M. (2010). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12561>
- Godarzi, Z.; Zarei, K.; Shariat, M.; Sadeghniat, K.; Nikafs, N. & Sepaseh, H. (2018). Correlations of handling procedures and sleep patterns of the infants admitted to the neonatal intensive care unit. *Iranian Journal of Neonatology*, 9(3), 35–41. <https://doi.org/10.22038/ijn.2018.23783.1299>
- Gomes, C., Paula, G., Trindade, G., Manuel, J., & Fidalgo, A. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*, 105–116.
- Gouveia, P. (2019) O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico : do Planeamento à Execução
Transporte Inter-hospitalar Pediátrico : Do Planeamento à Execução.
- Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Vs, S., Taddio, A., Larocque, C., Turner, L., Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Vs, S., Taddio, A., Larocque, C., & Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period (Review). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011248.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers C. C (2018). Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica (10ª ed.). Elsevier Editora Ltda.
- Khan, R., Raya, J., & Nunes, M. (2009). Avaliação do estado comportamental durante o sono em recém-nascidos. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 15(1), 25–29. <https://doi.org/10.1590/S1676-26492009000100006>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. Y. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>

- Kuitunen, S., & Airaksinen, M. (2020). Systemic Causes of In-Hospital Intravenous Medication Errors : 00(00), 1–9.
- Lan, H., Yang, L., Hsieh, K., Yin, T., Chang, Y., & Liaw, J. (2018). Effects of a supportive care bundle on sleep variables of preterm infants during hospitalization. *Research in Nursing & Health*, 41(3), 281–291. <https://doi.org/10.1002/nur.21865>
- Levy, J.; Hassan, F.; Plegue, M.; Sokoloff, M.; Kushwaha, J.; Chervin, R.; Barks, J. & Shellhaas, R. (2017). Impact of hands-on care on infant sleep in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Pulmonology*, 52(1), 84–90. <https://doi.org/10.1002/ppul.23513>
- Liao, J., Hu, R., Su, L., Wang, S., Xu, Q., Qian, X., & He, H. (2018). Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion on Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 386–393. <https://doi.org/10.1111/wvn.12315>
- Lockridge, T. (Swedish M. C. (2015). Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. NICU Brain Sensitive Care Committee, 13, 9–22.
- Lopes, N. M. Q. (2012). Parceria nos Cuidados à Criança nos Serviços de Pediatria: Perspetiva dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 143. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE NATALIA LOPES.pdf>
- Lucas, C. M. S. (2016). Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.15/1204>
- Maki, M., Calado Orsi, K., Tsunemi, M., Hallinan, M., Pinheiro, E., & Avelar, A. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 30(5), 489–496. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700071>
- Martins, C.; Curado, M. (2017). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos : validação estatística com recém-nascidos. *Referência*, 43–52.
- Mendes, R., Cruz, A., Rodrigues, D., Figueiredo, J., & Melo, V. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 390–395.
- Mony, K., Selvam, V., Diwakar, K., & R, V. (2018). Effect of nesting on sleep pattern among preterm infants admitted in NICU. 29(10), 1994–1997

- Nunes, L. (2020) Ética no Cuidado à Criança, Jovem e Família, p 65-79. In: A. L. Ramos & M.C. Barbieri Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda. 325p. ISBN 978-989-752-344-1
- Ordem dos Enfermeiros, Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem em saúde infantil e pediátrica (Vol. 1, nº 3)*. Lisboa : OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Pereira, G.; Perciliano, S.; Binotto, C.; Tognoli, S.; Eduardo, A. & Mendes, A. (2018). Interferência de fatores ambientais no sono e repouso dos recém-nascidos de alto risco. *Rev. eletrônica enferm*, 20, 1–9. <https://doi.org/10.5216/ree.v20.46121>
- Pereira-da-Silva, L., Pissarra, S., Alexandrino, A., Malheiro, L., Macedo, I., Cardoso, M., Viera da Silva, P., Frutuoso, S., Lau, H., & Soares, T. (2018). *Nutrição Parentérica Neonatal: Atualização da Recomendação da Sociedade Portuguesa de Neonatologia – 2018*. 1–51.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: *Scoping Reviews (2020 version)*. Em E. Aromatitaris, & Z. Munn (Edits.), *JBIM manual for evidence synthesis*, JBI,2020 (pp. 406-450). JBI.Global. Obtido de <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinto, M. (2009). *psicomotor e sinais de alarme*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(Dossier: neurodesenvolvimento infantil), 677–687.
- Regulamento nº 351/2015. (2015, junho 22). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem [Portugal]*. *Diário da República*, 2(119), pp. 16660-166665
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Regulamento nº 422/2018 (2018, julho 12). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [Portugal]. Diário da República, 2(133), pp. 19192-19194
- Ribas, C.; Andrezza, M. & Neves, V. (2019). Effectiveness of Hammock Positioning in Reducing Pain and Improving Sleep-Wakefulness State in Preterm Infants. *Respiratory Care*, 64(4), 384–389. <https://doi.org/10.4187/respcare.06265>
- Robins, D., Fein, D., & Barton, M. (1999). Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT).
- Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20(1), 26–31.
- Silva, E.; Garcia, C.; Silva, D. & Duarte, J. (2018). A segurança dos cuidados da criança hospitalizada: percepção dos enfermeiros Care safety of hospitalized children: perceptions of nurses. *Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 1, 67–82.
- Tavares, P. – No Contexto do Internamento, p 95-103. In: *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda. 325p. ISBN 978-989-752-344-1
- Valizadeh, S.; Hosseini, M.; Jafarabadi, M.; Mirnia, K.; Saeidi, F.; Jabraeeli, M. (2017). Comparison of 2 Methods of Light Reduction on Preterm Infants" Sleep Pattern in NICU: A Randomized Controlled Trial. *Early Human Development*, 14(4), 214-216. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0099>
- Van den Hoogen, A.; Teunis, C.; Shellhaas, R.; Pillen, S.; Benders, M. & Dudink, J., (2017). How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review. *Early Human Development*, 113, 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.07.002>
- White, R. (2015). Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep - Its Value in Neuroprotection of the Newborn. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(3), 114–115. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.012>
- Zhang, R., Huang, R., Gao, X., Peng, X., Zhu, L., Rangasamy, R., & Latour, J. (2018). Involvement of parents in the care of preterm infants: A pilot study evaluating a family-centered care intervention in a Chinese neonatal ICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19(8), 741–747. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001586>
- Zores, C., Dufour, A. , Pebayle, T. , Dahan, I. , Astruc, D. , Kuhn, P., (2018). Observational study found that even small variations in light can wake up very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica*, 107(7), 1191–1197. <https://doi.org/10.1111/apa.14261>

Apêndices

Apêndice 1 – Projeto de estágio de Pediatria

Os objetivos e as respectivas atividades a desenvolver procuram ir ao encontro das expectativas de aprendizagem e de desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências profissionais. Desta forma, foram estruturados de acordo com os 4 domínios que constam nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais) e de acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem).

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	
Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	
<p>Desenvolver uma prática de cuidados baseada nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional</p> <p>Assegurar cuidados individualizados à criança/jovem e família isentos de juízos de valor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de enfermagem que respeitem a cultura, as crenças e valores da criança/jovem e sua família; - Respeito pelos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão; - Reflexão de forma crítica após a tomada de decisão sobre questões/decisões éticas e morais, em conjunto com o enfermeiro tutor e/ou equipa de enfermagem.
Domínio da melhoria da qualidade	
<p>Desenvolver uma prática de cuidados de qualidade, seguindo as estratégias institucionais e visando a melhoria contínua da qualidade e a promoção de um ambiente terapêutico seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento das instalações, provisão técnica, recursos materiais e humanos existentes no serviço; - Conhecimento, de forma geral, da organização e funcionamento do serviço;

	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da dinâmica e metodologia de prestação de cuidados; - Conhecimento das normas e protocolos de atuação em vigor no serviço; - Estabelecimento de uma relação empática e congruente com a Enfermeira tutora e com a equipa multidisciplinar; - Validação das intervenções a realizar com a Enf. Tutora - Partilha das experiências, conhecimentos e práticas, que de forma reflexiva promovam a melhoria da qualidade dos cuidados; - Avaliação do resultado das intervenções e reformulação de forma a contribuir para a melhoria do desempenho; - Solicitação de sugestões que conduzam a uma melhoria da prestação de cuidados especializados.
Domínio da gestão de cuidados	
<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados visando a otimização da qualidade e a gestão adequada dos recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinação de prioridades de atuação e planificação de intervenções concertadas de enfermagem, sua avaliação com o respetivo registo, tendo em conta os recursos disponíveis, otimizando os mesmos; - Desenvolvimento de uma relação empática com a criança/jovem e família; - Demonstração de iniciativa e capacidade de trabalho em equipa na prestação de cuidados.
Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	

<p>Realizar uma prática clínica baseada em evidência científica e pautada por autoconhecimento e assertividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de uma prática diária reflexiva e auto-crítica construtiva; - Reconhecimento de lacunas de conhecimento e oportunidades de aprendizagem; - Pesquisa bibliográfica sobre procedimentos e cuidados diferenciados observados, nas diversas áreas da prestação de cuidados; - Desenvolvimento de uma interação assertiva com a equipa multidisciplinar e com a criança/jovem e respetiva família.
--	--

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	
<p>Cuidar dos RN/crianças/jovens em situação de especial complexidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento dos focos de instabilidade, de forma a promover cuidados antecipatórios; - Desenvolvimento de capacidades técnicas e conhecimento científico no âmbito dos cuidados ao RN com necessidade de cuidados de saúde complexos, nomeadamente pós cirúrgicos, hipotermia induzida, entre outros.
<p>Prestar cuidados adequados às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação dos cuidados de enfermagem ao estadio de desenvolvimento e à situação clínica de cada RN/criança/jovem - Desenvolvimento de habilidades na comunicação com os pais/prestadores de

	cuidados dos RN/crianças/jovens em situação de doença complexa.
Adquirir conhecimentos relacionados com o Serviço de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP)	<ul style="list-style-type: none">- Acompanhamento da Enf. Tutora num dia de TIP;- Observação da preparação do material necessário, bem como dos cuidados prestados e procedimentos realizados durante um TIP;

Apêndice 2 – Projeto de estágio de Saúde Infantil e Pediátrica

Os objetivos e as respetivas atividades a desenvolver procuram ir ao encontro das expectativas de aprendizagem e de desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências profissionais. Desta forma, foram estruturados de acordo com os 4 domínios que constam nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e com o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

Desta forma, os objetivos gerais que procuro concretizar são:

Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, criança, jovem e família;

Realizar uma prática clínica baseada em evidência científica e pautada por autoconhecimento e assertividade

Assistir a criança, jovem e sua família na maximização da sua saúde

Prestar cuidados adequados às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem

Cuidar dos RN/crianças/jovens em situação de especial complexidade.

De seguida enumero os objetivos pessoais/específicos, bem como as atividades a desenvolver para a consecução dos mesmos.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver
Garantir a manutenção e a promoção da saúde de todas a crianças/jovens	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da consulta de enfermagem na área da saúde infantil e juvenil com base no PNSIJ; - Registo e consulta do boletim individual de saúde, envolvendo os pais na maximização da sua utilização; - Realização de ensinamentos oportunos individualizados, à criança, jovem e família de acordo com o solicitado pelos mesmos ou tendo em conta as necessidades percecionadas, demonstrando total disponibilidade;

	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo para o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) e realização do rastreio de doenças metabólicas; - Implementação de medidas ao nível da promoção da saúde e da prevenção de doenças, tais como identificação de fatores de risco para a saúde como, por exemplo, a obesidade, promovendo aleitamento materno e hábitos de vida saudáveis e instruindo sobre a prevenção de acidentes adequada às diferentes fases de desenvolvimento da criança; - Gestão de medidas farmacológicas para combate à dor; - Atualização do Manual de Boas Práticas na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil; - Articulação, sempre que houver oportunidade, com outras unidades funcionais, nomeadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade.
<p>Promover a vigilância do desenvolvimento infantil, com especial atenção em crianças com idade inferior a 5 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Marcação de consultas de vigilância segundo o PNSIJ e/ou em SOS; - Conhecimento da história clínica da criança e incentivo da exposição das preocupações dos pais e/ou cuidadores; - Registo e consulta do boletim individual de saúde, - Avaliação do desenvolvimento através da escala do desenvolvimento Mary Sheridan;

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar; - Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial do desenvolvimento infantil e sobre os sinais de alerta; - Detecção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente o bem-estar da família e criança;
<p>Demonstrar capacidades no que respeita à gestão de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adoção de uma postura adequada, favorecendo o estabelecimento de uma relação empática, facilitando a expressão/controlo emocionais; - Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do utente em parceria com a família, respeitando sempre as suas crenças e cultura e a sua decisão, evitando os juízos de valor; - Estabelecimento de uma relação, comunicação empática, utilizando técnicas apropriadas à idade e ao estadio de desenvolvimento; - Promoção da privacidade e confidencialidade principalmente na consulta do jovem; - Gestão dos recursos materiais tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados ao recém-nascido, criança, jovem e família e a obtenção de ganhos em saúde;

Apêndice 3 – Projeto de estágio de Neonatologia

O Estágio de Neonatologia pretende inculir o desenvolvimento de competências, o assumir de responsabilidades e a capacitação para a tomada de decisão, como membro integrante da equipa multidisciplinar. Como forma de ir ao encontro das expectativas de aprendizagem e com vista ao desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências profissionais, foram delineados objetivos com base nos 4 domínios que constam nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e com base nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Tendo em conta que os cuidados de enfermagem desenvolvidos são centrados no recém-nascido de alto risco e sua família, torna-se fundamental o estabelecimento de uma relação empática, de confiança e de ajuda, no sentido de conhecer e compreender o bebé/família para além da sua situação clínica. Desta forma, com o propósito de concretizar os objetivos propostos e de acordo com as necessidades de aprendizagem sentidas e interesses pessoais, apresentam-se de seguida os objetivos específicos que se pretendem concretizar através das respetivas estratégias e atividades planeadas.

Objetivos pessoais	Atividades a desenvolver
<p>Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-Nascido (Neonatologia A) da MDM</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecimento da orgânica e o funcionamento da UCIRN, assim como a equipa multidisciplinar que a constitui; ✓ Observar a dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar; ✓ Conhecer a Missão e Visão da UCIRN; ✓ Consultar protocolos e normas existentes na unidade; ✓ Conhecer os projetos de formação dinamizados na UCIRN; ✓ Identificar as filosofias e modelos de intervenção de enfermagem que norteiam a prática dos cuidados de enfermagem na UCIRN;

<p>Realizar uma prática clínica baseada em evidência científica e pautada por autoconhecimento e assertividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver uma prática diária reflexiva e auto-crítica construtiva; ✓ Realizar pesquisa bibliográfica sobre procedimentos e cuidados diferenciados, nas diversas áreas da prestação de cuidados ao RN; ✓ Desenvolver uma interação assertiva com a equipa multidisciplinar e com a família do RN; ✓ Partilhar experiências com os pares, visando a consolidação de conhecimentos e o enriquecimento pessoal e profissional.
<p>Aprofundar conhecimentos (teóricos e práticos) sobre Cuidados Centrados no Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer as normas e protocolos existentes na UCIRN ✓ Observar e prestar cuidados centrados no desenvolvimento durante algumas das intervenções de enfermagem (método canguru, banho, entre outros); ✓ Conhecer o projeto de melhoria contínua NeoNurturing – cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT; ✓ Pesquisa bibliográfica ajustada às situações
<p>Desenvolver competências na área da Gestão do Risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultar a normas e protocolos existentes na UCIRN; ✓ Conhecer as principais medidas adotadas na UCIRN para minimização da ocorrência de Erro.

Apêndice 4 – Apresentação da Neonatal Skin Risk Assessment (NSRAS)

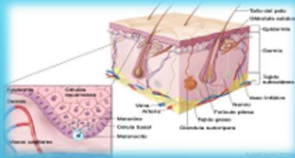


A PELE DO NEONATO



Sara Monteiro (6130)
Escola Superior de Saúde de Viseu

PELE DO RN PREMATURO



Características:

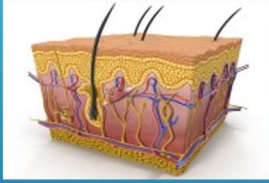
- ▶ Imaturidade estrutural
- ▶ Estrato córneo e epiderme mais finos
- ▶ Formação mais lenta do manto ácido
- ▶ Vémix escasso
- ▶ Tecido subcutâneo reduzido



(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014)

DIFERENÇAS ESTRUTURAIS ENTRE A PELE DO RN PREMATURO, RN DE TERMO E DO ADULTO

DIFERENÇAS



Características da pele	Adulto	Termo	Pré-termo	Importância
Espessura Epidérmica	50 µm	50 µm	27.4 µm	Permeabilidade a agentes tópicos ↑ perda água transepidérmica
Ligações celulares	Normal	Normal	Diminuídas	↑ Tendência para bolhas
Derme	Normal	↓ Colagénio e fibras elásticas	↓ ↓ Colagénio e fibras elásticas	↓ Elasticidade ↑ Bolhas
Melanossomas	Normal	Diminuídos	1/3 dos RN de termo	↑ Fotossensibilidade
Glândulas Ecrinas	Normal	↓ Actividade durante 7-10d ↓ Controlo neurológico por 2-3 anos	Anidrose total	↓ Resposta ao stress térmico
Glândulas Sebáceas	Normal	Normal	Normal	Possíveis propriedades de barreira, lubrificantes, antibacterianas
Pêlo	Normal	↓ Pêlo terminal	Lanugo persistente	Ajuda a determinar a idade gestacional

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014)

Recomendações gerais para avaliação estruturada do risco aparecimento de UP



1. Realizar uma avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível (realizada, no entanto, no período máximo de oito horas após a admissão) para identificar os indivíduos em risco de desenvolver úlceras por pressão.

2. Repetir a avaliação do risco tantas vezes quanto necessário tendo em conta o nível de acuidade do doente

3. Efetuar uma reavaliação em caso de alterações significativas na condição de saúde do doente

4. Incluir uma avaliação completa da pele em todas as avaliações de risco para verificar eventuais alterações em pele intacta

5. Documentar todas as avaliações do risco.

6. Desenvolver e implementar um plano de prevenção baseado no risco para os indivíduos identificados como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão.

(NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO



Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)

Sara Monteiro (6130)
Escola Superior de Saúde de Viseu

Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)

Se a pontuação ≥ 13 iniciar padrão de cuidados para recém-nascido em risco de lesões de pele

CONSIDERAÇÕES À ESCALA

Condição física	IG ≥ 28 s ; IG ≥ 33; IG ≥ 38
Atividade	3. Ligeiramente Limitada considerar (incubadora aberta)
Humidade	Pontuação 4 sempre que estejam em ventilação invasiva ou não invasiva

Condição Física Geral	4. Idade Gestacional < 28 semanas	3. Idade Gestacional > 28 semanas mas < 33 semanas	2. Idade Gestacional > 33 semanas mas < 38 semanas	1. Idade Gestacional ≥ 38 semanas	PONTOS
Estado Mental	4. Completamente Limitado Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação. (não estremece, agarra ou geme, não há aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca)	3. Muito Limitado Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca)	2. Ligeiramente Limitado Letárgico/Hipotónico	1. Nenhuma Limitação Desperto e Activo	
Mobilidade	4. Completamente Inútil Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação)	3. Muito Limitada Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente	2. Ligeiramente Limitada Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou das extremidades de forma independente	1. Nenhuma Limitação Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça)	
Actividade	4. Completamente Acamado Está confinado à incubadora aquecida com humidade	3. Limitado à Cama Está confinado à incubadora sem humidade	2. Ligeiramente Limitada Numa incubadora de parede dupla	1. Nenhuma Limitação Num berço aberto	
Nutrição	4. Muito Pobre Nada Por'os (fluidos endovenosos exclusivos)	3. Inadequada Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para o crescimento (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com fluidos endovenosos	2. Adequada Alimentação por sonda que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento	1. Excelente Biberão Alimentação, em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento	
Humidade	4. Constantemente Húmida A pele está húmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada	3. Húmida A pele está frequentemente, mas sem sempre húmida. Os lençóis têm que ser trocados, pelo menos uma vez, de 8 a 8 h	2. Ocasionalmente Húmida A pele está ocasionalmente húmida. Troca-se uma troca de lençóis extra cerca de uma vez por dia	1. Raramente Húmida A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados a cada 24 horas	

Adaptado com Autorização do "The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates", Issues in Comprehensive Pediatric Nursing Volume 20, N.º 2, 1997/NSRAS, Versão Portuguesa © Jaudina/Ocho Azul Martins, 2014

NSRAS (casos práticos)

Rn com IG 26 semanas, ventilado, sedado, curarizado, em incubadora com humidade de 60%, com alimentação parenteral (APT) em CUV.

Score = ?



Score 24



Rn com IG 30 semanas, ventilado com infant-flow, em incubadora com humidade de 50%, com alimentação parenteral+ alimentação enteral .

Score = ?

Score 18

NSRAS (casos práticos)

RCIU atualmente com IG 34 semanas, com PA 1450g, no berço aquecido, com alimentação por mama e completa por SNG quando necessário.

Score = ?



Score 8



Rn com IG de 38s, em berço a mamar sem dificuldades, com pré alta prevista

Score 6

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 DOLACKK, M., HUFFINES, B., STIKES, R., HAYES, P., & LOGSDON, M.. 2013-Updated Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS). *Kentuckinurse*, p. 6. dezembro
- 📖 HUFFINES, B., LOGGSON MC. (1997) The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for predicting skin breakdown in neonates. *Issues Comprehensive Pediatrics Nursing* 20; pg.103-114
- 📖 Martins, Cláudia Curado, M. (2017). Escalade Observaçãodo Risco de Lesãoda Pele em Neonatos: validaçãoeestatisticacom recém-nascidos *Referência*, 43–52.
- 📖 NPUAP, EPUAP, PPPIA (2014) – *Prevençãoe Tratamentode Úlceras por Pressãõ Guia de Consulta Rápida*. ISBN: 978-989-989098-5

Apêndice 5 – Lista de artigos pesquisados sobre a ictiose neonatal

- Brittany, G. (2014). Ichthyosis in the Newborn. *Semin Perinatol.*, 37(1), 26–31. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2012.11.001>. Ichthyosis
- Glick, J. B., Craiglow, B. G., Choate, K. A., & Kato, H. (2017). *Improved Management of Harlequin Ichthyosis With Advances in Neonatal Intensive Care*. 139(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1003>
- Johnson, E., & Hunt, R. (2019). *Infant skin care : updates and recommendations*. 31(4), 476–481. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000791>
- Mazereeuw-hautier, J. D., Vahlquist, A., Traupe, H., Bygum, A., Amaro, C., Aldwin, M., Audouze, A., Bodemer, C., Bourrat, E., Diociaiuti, A., Dreyfus, I., Hachem, M. El, & Fischer, J. (2019). *Management of congenital ichthyoses : European guidelines of care , part one*. 272–281. <https://doi.org/10.1111/bjd.17203>

Apêndice 6 – Quadros resumo da análise dos estudos elegíveis

E1. Promoción del sueño en unidades de cuidados intensivos neonatales: scoping review	
Base de dados	B-On, BVS
Citação	Correia, A., & Lourenço, M. (2020). Promoción del sueño en unidades de cuidados intensivos neonatales: scoping review. <i>Enfermeria global</i> , 19(57), 527–543. https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.370941
País	Portugal
Objetivo(s)	Mapear a evidência científica existente quanto às estratégias promotoras do sono do recém-nascido internado em UCIN
Participantes	RN e RNPT internados na UCIN
Contexto	Os RN muito prematuros hospitalizados nas UCIN são expostos a vários estímulos sensoriais que provocam alterações no seu desenvolvimento neurológico. Torna-se importante identificar as estratégias promotoras do sono do RN internado em UCIN.
Metodologia	Scoping review. Fontes: MEDLINE via PubMed, CINHALL Plus with Full Text e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive via EBSCO-HOST, Academic Search Complete, ScienceDirect e Directory of Open Access Journals via B-ON, LILACS, RCAAP e SciELO
Resultados	As estratégias mais referidas pelos estudos 9 estudos incluídos são gestão do ambiente, principalmente a redução do ruído e da luz. Outras intervenções benéficas para a promoção do sono são: a técnica de Yakson, a técnica "Gentle Human Touch", o Método Mãe Canguru, concentração das manipulações e a utilização de colchão modelador. A utilização de contenção através de ninhos mostrou-se mais eficaz na promoção do sono do que a técnica swaddling. Em relação à massagem, as opiniões não são consensuais, sendo que há um estudo que a recomenda e outro que só recomenda em RN de termo. Os estímulos auditivos, são referidos como benéficos o uso do "Remo ocean disk", a voz da mãe e som dos batimentos cardíacos.
Conclusões chave	O sono do RN o deve ser protegido pela gestão do ambiente da UCIN, reduzindo os níveis de ruído e de luz, promovendo a alternância cíclica da luz e ajustando os cuidados através da concentração das manipulações, respeitando o ciclo sono/despertar do recém-nascido. Quando são necessários cuidados, deve ser utilizada a modulação do estado do RN. Para além da proteção do sono, são importantes intervenções de promoção do sono, incluindo o posicionamento adequado, especialmente através de ninho, cobertor e restrição manual, sucção não nutritiva com um boneco, a técnica Yakson, toque humano suave, o Método Mãe Canguru, massagem, estimulação auditiva silenciosa, utilização de um colchão de moldagem, e posicionamento do na posição ventral para o sono. Considera fulcral o papel do enfermeiro na adoção de estratégias protetores e promotoras do sono no contexto da UCIN
Lacunas da pesquisa*	

Estudo 2 Effect of clustered nursing care on sleep behaviors of the preterm neonates admitted to the neonatal intensive care unit	
Base de dados	B-On
Citação	Bazregari, M., Mirlashari, J., Pouraboli, B., & Ranjbar, H. (2019). Effect of clustered nursing care on sleep behaviors of the preterm neonates admitted to the neonatal intensive care unit. <i>Iranian Journal of Neonatology</i> , 10(3), 14–20. https://doi.org/10.22038/ijn.2019.34814.1516
País	Irão
Objetivo(s)	Investigar o efeito dos cuidados de enfermagem agrupados nos padrões de sono dos RNPT internados na UCIN.
Participantes	RNPT admitidos na UCIN do Hospital Arash de outubro de 2017 a março de 2018, com IG de 30-37 semanas e com o peso mínimo de 1000g e que não tenham feito tratamento com sedativos ou anticonvulsivantes e não tenham restrições na alteração de decúbitos. N=60.
Contexto	Os RNPT admitidos nas UCIN sofrem de distúrbios do sono devido a várias manipulações. O presente estudo visava investigar o efeito dos cuidados de enfermagem agrupados sobre os comportamentos de sono em recém-nascidos prematuros admitidos nas UCIN
Metodologia	Ensaio realizado com 60 RNPT divididos em grupo de intervenção e grupo de controle
Resultados	Os resultados demonstraram que a duração média do sono tranquilo nos participantes que receberam os cuidados agrupados, foi maior do que no grupo controle. Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação à duração das fases do sono tranquilo e ativo. A duração da vigília silenciosa, alerta e choro do grupo controle foi maior do que o grupo teste.
Conclusões chave	Os cuidados agrupados melhoram o tempo de sono nos RN, demonstrado que os recém-nascidos passam mais tempo em padrões de sono calmo e ativo. Em contraste, quando são realizados cuidados de enfermagem de rotina, os recém-nascidos dormem menos. Os cuidados de enfermagem agrupados podem reduzir a estimulação levando a um sono melhorado num recém-nascido. Isto é especialmente verdade para bebés prematuros que foram admitidos por períodos mais longos na UCIN.
Lacunas da pesquisa*	

Estudo 3. Effectiveness of Hammock Positioning in Reducing Pain and Improving Sleep-Wakefulness State in Preterm Infants	
Base de dados	CINAHL Complete
Citação	Ribas, C.; Andrezza, M.; Neves, V. & Valderramas, S. (2019). Effectiveness of Hammock Positioning in Reducing Pain and Improving Sleep-Wakefulness State in Preterm Infants. <i>Respiratory Care</i> , 64(4), 384–389. https://doi.org/10.4187/respcare.06265
País	Brasil
Objetivo(s)	Avaliar o efeito do posicionamento na rede no alívio da dor e na promoção do sono dos RNPT internados na UCIN
Participantes	N=26. RN clinicamente estáveis com idades gestacionais de 30 a 37 semanas, em respiração espontânea. foram atribuídos aleatoriamente a 2 grupos: um grupo de posicionamento de rede (n = 13), no qual os recém-nascidos eram colocados em redes na posição lateral, e um grupo de posicionamento tradicional (n = 13), no qual eram mantidos aninhados, também na posição lateral
Contexto	O posicionamento na rede é agora frequentemente utilizado com bebês prematuros admitidos em UCIN. No entanto, poucos estudos investigaram até que ponto o posicionamento da rede reduz a dor e melhora o estado de vigília-sono em comparação com o posicionamento tradicional.
Metodologia	Ensaio clínico aleatório controlado
Resultados	Os bebês colocados em redes apresentaram uma melhoria de 41% no estado de sono-vigília (avaliado pela Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale). Além disso, após 2 h da manipulação, 10 dos RNPT (77%) no grupo de posicionamento de rede estavam em sono profundo em comparação com 2 (16%) no grupo de posicionamento tradicional.
Conclusões chave	o posicionamento na rede é uma opção de tratamento eficaz para reduzir a dor e melhorar o estado de sono-vigília. Ajudou também a reduzir o ritmo cardíaco e a frequência respiratória, o que o torna uma ferramenta simples e rentável para o tratamento de bebês prematuros internados na UCIN
Lacunas da pesquisa*	

Estudo 4. Effects of a supportive care bundle on sleep variables of preterm infants during hospitalization	
Base de dados	CINAHL Complete
Citação	Lan, H., Yang, L., Hsieh, K., Yin, T., Chang, Y., & Liaw, J. (2018). Effects of a supportive care bundle on sleep variables of preterm infants during hospitalization. <i>Research in Nursing & Health</i> , 41(3), 281–291. https://doi.org/10.1002/nur.21865
País	Taiwan
Objetivo(s)	Analisar os efeitos de um conjunto de cuidados de suporte (modulação dos estados dos bebês, sucção não nutritiva, contenção e alimentação oral com sacarose) nas variáveis de sono de bebês prematuros durante a hospitalização
Participantes	65 bebês pré-termo (idade gestacional ao nascimento 28-36 semanas, peso médio de nascimento 1,652 g) de uma UCIN de nível III num centro médico em Taiwan
Contexto	O sono é importante para o desenvolvimento cerebral dos bebês prematuros, mas estes são frequentemente expostos a procedimentos dolorosos na unidade de cuidados intensivos neonatais que perturbam o seu ciclo de sono e afetam o seu crescimento
Metodologia	Ensaio clínico prospectivo aleatório controlado. Os RN foram divididos em 2 grupos durante procedimentos invasivos: (1) grupo de controle sujeito a cuidados de rotina, incluindo posicionamento e toque suave; ou (2) grupo de intervenção em que o conjunto de cuidados de suporte foi adicionado aos cuidados de rotina
Resultados	O conjunto de cuidados de suporte não apenas aumentou significativamente a eficiência do sono e o tempo total de sono, mas também diminuiu significativamente a duração da latência do sono e a frequência dos períodos de vigília. Esses resultados fornecem evidências para apoiar a incorporação do conjunto de cuidados de suporte na prática clínica da UCIN durante procedimentos invasivos. É recomendado antes da realização de um procedimento doloroso a diminuição da luz direta e do ruído, o respeito pelo ciclo de sono-vigília do RN. A combinação de sucrose e o uso de chupeta durante os procedimentos dolorosos, bem como a contenção e o toque suave também são recomendados. A promoção da transição do estado para o sono por enfaixamento, sucção ou preensão) têm também um efeito benéfico na promoção do sono.
Conclusões chave	Estes resultados contribuem para um conjunto crescente de provas que apoiam a utilização de um conjunto de cuidados de suporte. Os profissionais de saúde poderiam incorporar os componentes dos cuidados de suporte (modulação dos estados dos bebês, sucção, contenção e alimentação com sacarose oral) nos cuidados de rotina quando os bebês prematuros são submetidos a procedimentos invasivos, o que poderia melhorar a qualidade do sono dos mesmos.
Lacunas da pesquisa*	

Estudo 5. Non-pharmacological Interventions for Sleep Promotion on Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review	
Base de dados	CINAHL Complete e B-On
Citação	Liao, J., Hu, R., Su, L., Wang, S., Xu, Q., Qian, X., & He, H. (2018). Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion on Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 15(5), 386–393. https://doi.org/10.1111/wvn.12315
País	China
Objetivo(s)	Resumir a evidência científica sobre a eficácia do uso de intervenções não farmacológicas no sono do RNPT internado na UCIN
Participantes	RNPT
Contexto	Intervenções não-farmacológicas são frequentemente utilizadas para promover o sono entre os bebês pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais. No entanto, há uma falta de síntese na evidência da sua eficácia
Metodologia	Revisão sistemática da literatura com meta-análise
Resultados	As intervenções não farmacológicas incluíram o Programa de Avaliação e Cuidados de Desenvolvimento Individualizados do Recém-nascido (NIDCAP), música, sucção não nutritiva, toque, luz cíclica, cobedding, sacarose oral, colchões modeladores e posicionamento, contudo dada a heterogeneidade dos dados algumas intervenções não foram incluídas na meta-análise. Os colchões modeladores e a alternância cíclica de luz tiveram efeitos significativos na promoção do sono em bebês prematuros. O NIDCAP e o cobedding não tiveram efeito significativo no sono dos bebês. Foram incluídos ainda na revisão sistemática, mas excluídos da meta-análise intervenções como o toque humano suave e a musicoterapia que são benéficos para a promoção do sono; o posicionamento em decúbito ventral, que se apresenta como a posição que favorece um maior tempo de sono, enquanto em decúbito dorsal diminui o tempo de sono tranquilo; a sucção não nutritiva é favorecedora de um maior tempo de sono.
Conclusões chave	As intervenções não-farmacológicas utilizadas foram diversas. Os colchões modeladores e a luz cíclica tiveram efeitos favoráveis na promoção do sono para bebês prematuros, mas a qualidade das provas era muito baixa.
Lacunas da pesquisa*	Com várias limitações e a falta de evidências, são necessárias mais revisões sistemáticas de alta qualidade no futuro.

Estudo 6. Effect of nesting on sleep pattern among preterm infants admitted in NICU	
Base de dados	CINAHL Complete, B-On
Citação	Mony, K., Selvam, V., Diwakar, K., & R, V. R. (2018). Effect of nesting on sleep pattern among preterm infants admitted in NICU. 29(10), 1994–1997.
País	Índia
Objetivo(s)	Comparar o efeito da técnica de “nesting” e “swaddling” no padrão de sono do RNPT.
Participantes	21 RNPT (entre 30 e 36 semanas de idade gestacional)
Contexto	Os órgãos dos RNPT são imaturos, especialmente o cérebro. O sono tem um papel vital no desenvolvimento e maturação do cérebro nos bebês. A unidade de cuidados intensivos neonatais é um local onde o sono do bebê é perturbado por muitos estímulos ambientais. Por isso, A nidificação facilita a transformação do padrão de sono de feitiços erráticos perturbados em noites de paz profunda e dias contentes.
Metodologia	Ensaio clínico aleatório controlado que incluiu. Estes RNPT foram incluídos aleatoriamente em 2 grupos: o de contenção através do uso de ninhos e o de contenção através da técnica swaddling. Para avaliação do sono destes RNPT foi utilizada a Sleep Assessment Scale.
Resultados	No grupo de contenção através do uso de ninhos foi observado um aumento da duração total do sono, com diminuição do tempo de sono ativo e aumento do sono tranquilo quando comparado ao grupo submetido a swaddling, concluindo-se que a contenção através de ninhos é mais vantajosa para o RNPT quando comparada com a técnica de swaddling
Conclusões chave	Os resultados do estudo mostraram que o uso de ninhos para contenção é benéfico para melhorar o sono de bebês prematuros admitidos em unidades de cuidados intensivos neonatais. Este método pode ser utilizado em bebês prematuros em unidades de cuidados intensivos neonatais, para evitar sequelas psicomotoras e neurológicas relacionadas a perturbações do sono.
Lacunas da pesquisa*	Outros estudos são recomendados a este respeito para recomendar a utilização de ninhos para contenção (nesting).

Estudo 7. How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review	
Base de dados	CINAHL Complete e B-On
Citação	van den Hoogen, A.; Teunis, C.; Shellhaas, R.; Pillen, S.; Benders, M. & Dudink, J. (2), (2017). How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review. <i>Early Human Development</i> , 113, 78–86. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.07.002
País	Países Baixos
Objetivo(s)	Investigar as evidências atuais sobre intervenções promotoras do sono do RN durante a hospitalização na UCIN
Participantes	RN e RNPT
Contexto	Há cada vez mais provas de que o sono desempenha um papel importante no desenvolvimento de vias neuronais no cérebro neonatal. Vários estudos têm sugerido abordagens baseadas em evidências para melhorar o sono de bebês admitidos na unidade de cuidados intensivos neonatais, contudo, em muitos centros neonatais, muito poucas destas estratégias parecem ser implementadas.
Metodologia	Revisão sistemática da literatura
Resultados	Quando comparado com o grupo de controle, o grupo a que foi aplicado o método canguru e as técnicas de Yakson e Gentle Human Touch revelaram aumento do período de sono ativo e sono tranquilo, com diminuição dos estados de agitação/choro. O uso da luz cíclica também demonstra efeitos no sono a médio prazo (20 a 30 dias após a intervenção). É também recomendado o respeito pelo ciclo de sono vigília, sugerindo que os procedimentos de rotina sejam realizados nos períodos de vigília do RN. O NIDCAP e o uso do colchão viscoelástico não apresentaram efeitos significativos. A massagem revelou efeitos no aumento da sonolência. Relativamente à musicoterapia a música de embalar não mostrou mudança significativa no padrão de sono dos RN; enquanto o “Remo ocean disk” mostrou um impacto positivo nos padrões de sono, com maior tempo de sono e períodos de sono tranquilos
Conclusões chave	Embora muitas intervenções diferentes tenham sido relatadas para promover o sono em bebês que requerem cuidados intensivos, existe uma grande heterogeneidade entre os estudos: os métodos de avaliação do sono, os comportamentos de sono visados, e as populações estudadas variam significativamente entre os relatórios publicados. Com base nos resultados, parece não haver provas suficientes para recomendar qualquer nova intervenção para promover o sono neonatal na UCIN. No entanto, devido à importância do sono para o desenvolvimento do cérebro neonatal, sugerimos algumas diretrizes chave para melhorar o sono na UCIN e para orientar futuros estudos sobre o sono neonatal.
Lacunas da pesquisa*	Nível de evidência baixo e os resultados dos 14 estudos eram contraditórios

Estudo 8. Observational study found that even small variations in light can wake up very preterm infants in a neonatal intensive care unit	
Base de dados	CINAHL Complete e B-On
Citação	Zores, C., Dufour, A., Pebayle, T., Dahan, I., Astruc, D. & Kuhn, P., (2018). Observational study found that even small variations in light can wake up very preterm infants in a neonatal intensive care unit. <i>Acta Paediatrica</i> , 107(7), 1191–1197. https://doi.org/10.1111/apa.14261
País	França
Objetivo(s)	Avaliar o impacto de pequenas variações nos níveis de luz no sono de recém-nascidos prematuros
Participantes	27 RNPT entre as 26 e as 31 semanas de idade gestacional admitidos na unidade de cuidados neonatais do Hospital Universitário de Estrasburgo, França, entre abril de 2008 e julho de 2009.
Contexto	Estudos anteriores examinaram o impacto da luz nos bebês prematuros, especialmente na retinopatia e o efeito dos ciclos de luz nos recém-nascidos hospitalizados. No entanto, poucos estudos examinaram o impacto da luz sobre o sono dos bebês prematuros.
Metodologia	Estudo prospetivo observacional
Resultados	Pequenas e espontâneas variações de luz interromperam o sono de bebês muito prematuros, especialmente quando a proteção da incubadora era insuficiente. Referem a necessidade de desenvolver e implementar métodos eficientes de proteção contra a luz para preservar o sono dos bebês prematuros mais vulneráveis e apoiam o uso de coberturas opacas das incubadoras.
Conclusões chave	Os resultados deste estudo sugerem que os bebês prematuros apresentam uma capacidade precoce de detetar pequenos aumentos no nível de luz, mesmo quando os níveis de luz estão dentro da gama recomendada pela Academia Americana de Pediatria para as UCINs. Estas pequenas alterações nos níveis de luz parecem ser pequenas, mas alteram significativamente o seu sono. Os prestadores de cuidados devem, portanto, proteger os bebês vulneráveis dos efeitos potencialmente deletérios de alterações modestas nos níveis de luz.
Lacunas da pesquisa*	É necessária mais investigação para melhor definir o ambiente de iluminação ideal para bebês muito prematuros e para determinar os ajustes ideais para as necessidades individuais.

Estudo 9. Comparison of 2 Methods of Light Reduction on Preterm Infants' Sleep Pattern in NICU: A Randomized Controlled Trial	
Base de dados	B-On
Citação	Valizadeh, S.; Hosseini, M.; Jafarabadi, M.; Mirnia, K.; Saeidi, F.; Jabraeeli, M. (2017). Comparison of 2 Methods of Light Reduction on Preterm Infants' Sleep Pattern in NICU: A Randomized Controlled Trial. <i>Early Human Development</i> , 14(4), N.PAG-N.PAG. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0099
País	Irão
Objetivo(s)	Analisar os efeitos controle da luz através da cobertura da incubadora e cobertura facial do RN no padrão de sono dos mesmos.
Participantes	60 RNPT com idade gestacional entre 28 e 32 semanas
Contexto	O crescimento e desenvolvimento de bebês prematuros pode ser afetado negativamente pela luz constante em unidades de cuidados intensivos neonatais. Pode também contribuir para distúrbios do padrão de sono comumente observados neste grupo de bebês. A redução da exposição à luz através da cobertura das incubadoras é recomendada pelas diretrizes do NIDCAP.
Metodologia	Ensaio clínico randomizado controlado. 2 grupos: no grupo de intervenção, as incubadoras foram cobertas com uma capa grossa e o rosto dos bebês coberto com uma cobertura facial. No grupo de controle as incubadoras foram cobertas com uma cobertura grossa, mas a face dos bebês não foi coberta.
Resultados	No grupo de intervenção a duração média do sono foi de 570 minutos no primeiro dia comparado com 463 minutos no grupo controle, e subiu para 629 minutos no sexto dia no grupo intervenção comparado com 396 minutos no grupo controle. A diferença entre os 2 grupos foi de cerca de 107 minutos no primeiro dia e cerca de 233 minutos no sexto dia de intervenção.
Conclusões chave	Criar mais barreiras para a luz dentro da incubadora (cobrindo o rosto) pode ajudar a aumentar a duração do sono em RNPT internados em UCIN.
Lacunas da pesquisa*	Só monitorizaram o padrão de sono durante 6 dias. Recomendam períodos de monitorização mais longos.

Apêndice 7 – Artigos não elegíveis

E1. Relação entre a posição Canguru e a estabilidade fisiológica e equilíbrio sono-vigília de recém-nascidos prematuros na UTIN e percepção materna	
Citação	Nisi, K., Andreazza, M., Gomes, E., Soares, P., & Motter, A. (2020). <i>Rev. Pesqui. Fisioter</i> , 10(4), 692–698. https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i4.3276
País	Brasil
Lacunas da pesquisa*	Não refere estratégias promotoras do sono

E2. Music Therapy Is Effective during Sleep in Preterm Infants. International	
Citação	Kobus, S., Diezel, M., Dewan, M. V., Huening, B., Dathe, A.-K., Felderhoff-Mueser, U., & Bruns, N. (2021). <i>Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 18(8245), 8245. https://doi.org/10.3390/ijerph18168245
País	Alemanha
Lacunas da pesquisa*	Este estudo refere os efeitos fisiológicos sobre os sinais vitais da musicoterapia quando aplicada a bebês prematuros durante o sono. Não refere estratégias promotoras do sono

E3. The Effect of Music on aEEG Cyclicity in Preterm Neonates.	
Citação	Giordano, V., Goeral, K., Schrage-Leitner, L., Berger, A., & Olischar, M. (2021). <i>Children</i> , 8(208), 208. https://doi.org/10.3390/children8030208
País	Áustria
Lacunas da pesquisa*	Refere a importância da musicoterapia para o desenvolvimento cerebral, sem referir a sua influência na promoção do sono

E4. Correlations of handling procedures and sleep patterns of the infants admitted to the neonatal intensive care unit.	
Citação	Godarzi, Z., Zarei, K., Shariat, M., Sadeghniat, K., Nikafs, N., & Sepaseh, H. (2018). <i>Iranian Journal of Neonatology</i> , 9(3), 35–41. https://doi.org/10.22038/ijn.2018.23783.1299
País	Irão
Lacunas da pesquisa*	Refere as alterações comportamentais do RN durante o sono quando manipulados. Não refere estratégias promotoras do sono

E5. Effects of non-invasive respiratory support on sleep in preterm infants evaluated by actigraphy	
Citação	Schmidt, F., Kalil Neto, F., Radaelli, G., & Nunes, M. L. (2021). <i>Sleep Science (Sao Paulo, Brazil)</i> , 14(1), 72–76. https://doi.org/10.5935/1984-0063.20200035
País	Brasil
Lacunas da pesquisa*	Comparam o sono do RN com CPAP e sem CPAP. Sugerem que a utilização do CPAP, durante a primeira semana de vida, em neonatos pré-termo, está associada a alterações transitórias da organização do sono. Não referem estratégias promotoras do sono

E6. The effects of handling on the sleep of preterm infants.	
Citação	Maki, M. T., Sbampato Calado Orsi, K. C., Tsunemi, M. H., Hallinan, M. P., Pinheiro, E. M., & Machado Avelar, A. F. (2017). <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 30(5), 489–496. https://doi.org/10.1590/1982-0194201700071
País	Brasil
Lacunas da pesquisa*	Refere as quais as principais manipulações a que os RN estão sujeitos não identificando influência estatisticamente significativa sobre as variáveis objetivas do sono. Não referem estratégias promotoras do sono.

E7. Sono e cortisol salivar em prematuros: ensaio clínico, randômico, controlado, cruzado	
Citação	Araújo FM, Pedreira MLG, Avelar AFM, Pradella-Hallinan MLC, Tsunemi MH, Pinheiro EM. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1358-65. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0546 :
País	Brasil
Lacunas da pesquisa*	Estudo realizado numa Unidade neonatal de cuidados intermédios.

E8. Promoção do sono seguro em unidades de neonatologia	
Citação	Carvalho, J., Caeiro, A., Vaz, J., & Rodrigues, A.. (2019). Pensar Enfermagem, 23(2), 57–63. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,shib&db=ccm&AN=142552036&site=ehost-live&scope=site
País	Portugal
Lacunas da pesquisa*	Reflete sobre as práticas concluindo que nas duas unidades comparadas se promove o conforto do recém-nascido pré-termo e a vinculação com os pais, visando o sono seguro. Não refere estratégias promotoras do sono

E9. Caffeine preserves quiet sleep in preterm neonates	
Citação	Koch, G., Schönfeld, N., Jost, K., Atkinson, A., Schulzke, S. M., Pfister, M., & Datta, A. N. (2020). Pharmacology Research & Perspectives, 8(3), 1–8. http://10.0.3.234/prp2.596
País	Suíça
Lacunas da pesquisa*	Estuda o efeito da cafeína na regeneração física e cerebral do RN durante o sono

E10. The Impact of a Neonatal Sleep Care Training Program on Nurses' Knowledge and Performance in Neonatal Intensive Care Units	
Citação	Hasanpour, M., Farashi, F., Mohammadzadeh, M., & Abdeyazdan, Z. (2017).. Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research, 22(3), 215–218. http://10.0.16.7/1735-9066.208159
País	Irão
Lacunas da pesquisa*	Refere que este método de formação pode levar a um aumento dos conhecimentos dos enfermeiros, mas não melhora significativamente o seu desempenho. Não refere estratégias promotoras do sono.

E11. Mothers' voices and white noise on premature infants' physiological reactions in a neonatal intensive care unit: A multi-arm randomized controlled trial	
Citação	Liao, J., Liu, G., Xie, N., Wang, S., Wu, T., Lin, Y., Hu, R., & He, H.-G. (2021).. International Journal of Nursing Studies, 119, https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103934
País	China
Lacunas da pesquisa*	O ruído branco é mais útil para encorajar o aumento de peso em bebés prematuros em comparação com as vozes das mães. Não relaciona com o sono

E12. Maternal Voice and Infant Sleep in the Neonatal Intensive Care Unit.	
Citação	Shellhaas, R. A., Burns, J. W., Barks, J. D. E., Hassan, F., & Chervin, R. D. (2019). Pediatrics, 144(3). https://doi.org/10.1542/peds.2019-0288
País	EUA
Lacunas da pesquisa*	Resposta do RN à voz da mãe. Não refere estratégias promotoras do sono

E13. Interferência de fatores ambientais no sono e repouso dos recém-nascidos de alto risco	
Citação	Pereira, G. B., Perciliano, S. E. F., Binotto, C. C. S., Tognoli, S. H., Eduardo, A. H. A., & Mendes, A. A. (2018). <i>Rev. eletrônica enferm</i> , 20, 1–9. https://doi.org/10.5216/ree.v20.46121
País	Brasil
Lacunas da pesquisa*	Refere as experiências vivenciadas pelos profissionais de enfermagem sobre os fatores ambientais que interferem no sono e repouso do RN de alto risco em UCIN

E14. Neonatal sleep stage identification using long short-term memory learning system	
Citação	Fraiwan, L., & Alkhodari, M. (2020).. <i>Medical & Biological Engineering & Computing</i> , 58(6), 1383–1391. https://doi.org/10.1007/s11517-020-02169-x
País	Emirados Árabes Unidos
Lacunas da pesquisa*	Não refere estratégias promotoras de sono

E15. Rede de descanso e ninho em prematuros: ensaio clínico randomizado	
Citação	Costa, K., Fernandes, D., Parente, R., Guarda, L., Daré, M., Castral, T., & Ribeiro, L. (2019).. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 72, 103–109. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0099
País	Brasil
Lacunas da pesquisa*	Compara o efeito do uso de rede e ninho no sono do RN, não identificando diferenças entre o seu uso. Não refere estratégias promotoras do sono

E16. Impact of hands-on care on infant sleep in the neonatal intensive care unit	
Citação	Levy, J., Hassan, F., Plegue, M. A., Sokoloff, M. D., Kushwaha, J. S., Chervin, R. D., Barks, J. D. E., & Shellhaas, R. A. (2017). <i>Pediatric Pulmonology</i> , 52(1), 84–90. https://doi.org/10.1002/ppul.23513
País	EUA
Lacunas da pesquisa*	Os bebês da UCIN experimentam cuidados e manipulações frequentes, e estão frequentemente associados a distúrbios do sono e da respiração. Estuda a alterações respiratórias nos diferente estados de sono do RN.

E17. Effect of non-pharmacological interventions on sleep in preterm infants in the neonatal intensive care unit: A protocol for systematic review and network meta-analysis.	
Citação	Huang, Q., Lai, X., Liao, J., & Tan, Y. (2021). <i>Medicine</i> , 100(43), e27587. https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027587
País	China
Lacunas da pesquisa*	Protocolo para realização posterior de estudo. Não fala em estratégias promotoras do sono

E18. The wake project: Improving safe sleep practices in a neonatal intensive care unit.	
Citação	Uduwana, S., Nemerofsky, S., & Garcia, L. (2020). <i>Journal of Neonatal-Perinatal Medicine</i> , 13(1), 115–127. https://doi.org/10.3233/NPM-180182
País	EUA
Lacunas da pesquisa*	Refere a motivação dos enfermeiros para mudar práticas e realizarem estratégias promotoras do sono do RN, mas não referem estratégias.

E19. Sleep disturbances in newborns	
Citação	Barbeau, D. Y., & Weiss, M. D. (2017).. <i>Children</i> , 4(10). https://doi.org/10.3390/children4100090
País	EUA
Lacunas da pesquisa*	Estuda as características e distúrbios do sono. Não refere estratégias promotoras do sono.

Anexos

Anexo 1- Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	Click here to enter text.
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	Click here to enter text.
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	Click here to enter text.
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	Click here to enter text.
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	Click here to enter text.
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	Click here to enter text.
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Click here to enter text.
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	Click here to enter text.
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Click here to enter text.
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	Click here to enter text.
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Click here to enter text.
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	Click here to enter text.
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Click here to enter text.

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Click here to enter text.
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Click here to enter text.
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	Click here to enter text.
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	Click here to enter text.
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	Click here to enter text.
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	Não se aplica

Anexo 2 - JBI Template source of evidence

JBI TEMPLATE SOURCE OF EVIDENCE DETAILS, CHARACTERISTICS AND RESULTS EXTRACTION INSTRUMENT	
Scoping Review Details	
Scoping Review title:	
Review objective/s:	
Review question/s:	
Inclusion/Exclusion Criteria	
Population	
Concept	
Context	
Types of evidence source	
Evidence source Details and Characteristics	
Citation details (e.g. author/s, date, title, journal, volume, issue, pages)	
Country	
Context	
Participants (details e.g. age/sex and number)	
Details/Results extracted from source of evidence (in relation to the concept of the scoping review)	
E.g. Quality of Life Domains assessed	
E.g. Number of items in tool	
E.g. details of psychometric validation of tool	