



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Vantagens da Implementação Precoce e Continuada do Método Canguru: *Scoping Review*

Anna Emília Guimarães Escaleira

Junho de 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Vantagens da Implementação Precoce e Continuada do Método Canguru: *Scoping Review*

Anna Emília Guimarães Escaleira, nº 29215

**Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório
Final em Cuidados Diferenciados**

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Manuel Cordeiro

Junho de 2025

Resumo

Enquadramento: Este relatório abrange a experiência vivida durante o estágio e a aquisição de competências para prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família em cuidados diferenciados. O Método Canguru, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, reduz a mortalidade neonatal e gera benefícios a nível do vínculo mãe/recém-nascido, regulação da temperatura e promoção da amamentação. Embora o método tenha sido amplamente estudado em recém-nascidos prematuros, existem poucas evidências sobre sua aplicação em recém-nascidos de termo, especialmente em ambientes pós-parto e domiciliares.

Objetivos: Descrever e refletir sobre o percurso formativo de estágio em cuidados diferenciados, incidindo sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e reunir a evidência científica acerca dos benefícios a curto e longo prazo do Método Canguru nos recém-nascidos pré-termo tardio e de termo saudáveis.

Metodologia: Descritivo-reflexiva sobre o percurso formativo do estágio. A revisão seguiu a metodologia da *scoping review*, conforme as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* e PRISMA-ScR. A estratégia de pesquisa foi orientada pela mnemónica População, Conceito e Contexto, com foco nos recém-nascidos pré-termo tardios e de termo saudáveis, a aplicação do Método Canguru pela mãe ou outro cuidador, e em contexto de enfermarias obstétricas e domicílio. A pesquisa foi realizada em fevereiro de 2025 nas bases de dados como PubMed, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection e MedicLatina, com critérios de inclusão e exclusão rigorosos, abrangendo estudos publicados na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol entre 2022 e 2025. Após a triagem inicial de 799 artigos efetuada por dois revisores independentes, 8 estudos foram incluídos na revisão final.

Resultados: Os resultados demonstraram que a implementação precoce e contínua do Método Canguru traz benefícios significativos, como a redução da mortalidade neonatal, melhoria do vínculo afetivo entre mãe e recém-nascido, promoção do aleitamento materno exclusivo e redução de complicações como infeções e hipotermia. Além disso, a prática ajuda a diminuir o tempo de internamento e os custos hospitalares, sendo uma alternativa eficaz para contextos com recursos limitados. A revisão também apontou que o Método Canguru pode contribuir para a melhoria do neurodesenvolvimento de recém-nascido, especialmente em ambientes pós-natais.

Conclusão: O Método Canguru não deve ser visto apenas como uma prática exclusiva para recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, mas também como uma intervenção benéfica para recém-nascidos pré-termo tardios e de termo. A promoção desse método nos cuidados pós-natais pode melhorar significativamente a qualidade de vida dos recém-nascidos e mães, promovendo uma abordagem mais humanizada e eficaz. A prática clínica deve ser ajustada para incorporar essa intervenção desde as primeiras horas de vida, garantindo melhores resultados para a saúde neonatal.

Palavras-chave: método canguru, recém-nascido, pais, parceria de cuidados, enfermagem neonatal.

Abstract

Background: This report covers the experience gained during the internship and the acquisition of skills to provide specialized nursing care to children and families in differentiated care. The Kangaroo-Mother Care Method, recommended by the World Health Organization, reduces neonatal mortality and generates benefits in terms of mother/newborn bonding, temperature regulation and promotion of breastfeeding. Although the method has been extensively studied in premature newborns, there is little evidence regarding its application in term newborns, especially in postpartum and home settings.

Objectives: Describe and reflect on the training path of the internship in differentiated care, focusing on the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and gathering scientific evidence about the short and long-term benefits of Kangaroo-Mother Care Method in late preterm and healthy term newborns.

Methodology: Descriptive-reflective on the training path of the internship. The review followed the scoping review methodology, according to the Joanna Briggs Institute and PRISMA-ScR guidelines. The search strategy was guided by the mnemonic Population, Concept and Context, focusing on healthy late preterm and term newborns, the application of the Kangaroo-Mother Care Method by the mother or other caregiver, and in the context of obstetric wards and home care. The research was conducted in February 2025 in databases such as PubMed, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection and MedicLatina, with strict inclusion and exclusion criteria, covering studies published in full in Portuguese, English and Spanish between 2022 and 2025. After the initial screening of 799 articles conducted by two independent reviewers, 8 studies were included in the final review.

Results: The results demonstrated that the early and continuous implementation of Kangaroo-Mother Care Method brings significant benefits, such as reducing neonatal mortality, improving the emotional bond between mother and newborn, promoting exclusive breastfeeding and reducing complications such as infections and hypothermia. Additionally, the practice helps to decrease length of hospitalization and hospital costs, being an effective alternative for contexts with limited resources. The review also pointed out that Kangaroo-Mother Care Method can contribute to the improvement of the neurodevelopment of newborns, especially in postnatal environments.

Conclusion: The Kangaroo-Mother Care Method should not be seen solely as an exclusive practice for premature or low birth weight newborns, but also as a beneficial intervention for late preterm and term newborns. Promoting this method in postnatal care can significantly improve the quality of life for newborns and mothers, fostering a more humanized and effective approach. Clinical practice should be adjusted to incorporate this intervention from the first hours of life, ensuring better outcomes for neonatal health.

Keywords: kangaroo-mother care method, newborn, parents, care partnership, neonatal nursing.

Sumário

Pág.

Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Lista de símbolos	
Introdução	19
Parte I – Percorso Formativo em Estágio	
1 – Estágio em Urgência Pediátrica	25
1.1 – Objetivos específicos desenvolvidos	25
1.2 – Reflexão crítica da prática baseada na evidência	33
2 – Estágio em Pediatria	39
2.1 – Objetivos específicos desenvolvidos	39
2.2 – Reflexão crítica da prática baseada na evidência	46
3 – Estágio em Neonatologia	49
3.1 – Objetivos específicos desenvolvidos	49
3.2 – Reflexão crítica da prática baseada na evidência	56
Parte II – Estudo de Investigação	
4 – Enquadramento Teórico	65
5 - Metodologia	71
6 – Resultados	75
7 – Discussão	89
8 – Conclusão	93
Considerações finais	95
Referências bibliográficas	97
Apêndices	
Apêndice I - Apresentação em <i>powerpoint</i> “Guia de apoio à utilização da CIPE® no Sclínico: Patologia Respiratória”	111
Anexos	
Anexo I - Avaliação metodológica dos estudos incluídos	135

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1	Escalas de avaliação de dor na criança	27
Tabela 2	Guia de apoio à utilização da CIPE® no SClínico: Patologia Respiratória	42
Tabela 3	Intervenções não farmacológicas para o controlo da dor	58
Tabela 4	Mnemónica PCC	71
Tabela 5	Estratégia de pesquisa	72
Tabela 6	Desenho e Resultados dos estudos incluídos	75
Tabela 7	Temas emergentes da análise dos 8 estudos	89

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Algoritmo de atuação	31
Figura 2	Modelo de Enfermagem de Parceria nos Cuidados	45
Figura 3	Intervenções sensoriais para controlo da dor	59
Figura 4	Diagrama PRISMA	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AINE	Anti-Inflamatório Não Esteróide
CIPE	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
CPP	Contato pele a pele
DGS	Direção Geral de Saúde
E	Estudo
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESPGHAN-ESPID	Sociedade Europeia de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica - Sociedade Europeia de Doenças Infeciosas Pediátricas
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
FLACC-R	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised
GEA	Gastroenterite Aguda
IG	Idade Gestacional
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
JBI	Joanna Briggs Institute
MC	Método Canguru
MeSH	Medical Subject Headings
N2O	Protóxido de Azoto
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
Nº	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	Prematuro(s)
PCC	Participantes, Conceito, Contexto
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
PTT	Pré-termo(s) tardio(s)
RN	Recém-nascido(s)

SLAGHNP Sociedade Latino-Americana de Gastreterologia Pediátrica, Nutrição e Hepatologia

SO Serviço de Observação

SPN Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUP Serviço de Urgência Pediátrica

UCEN Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCIN Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULS Unidade Local de Saúde

WHO World Health Organization

Lista de símbolos

- ® =Registada
- ≥ =Maior ou igual
- ≤ =Menor ou igual

Introdução

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) – Instituto Politécnico de Viseu (IPV), conferente ao grau académico de Mestre e, ainda, título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE), é preconizada a realização do presente Relatório Final da Unidade Curricular – Estágio com Relatório em Cuidados Diferenciados (Urgência Pediátrica, Pediatria e Neonatologia).

A carga letiva desta unidade curricular teve a duração total de 840 horas de trabalho, das quais 200 horas destinadas a elaboração do Relatório, e 468 horas de contato, divididas em 360 horas de estágio e 108 horas de orientação tutorial. As horas em estágio foram distribuídas equitativamente pelos serviços de Urgência Pediátrica, Pediatria e Neonatologia de Unidades Locais de Saúde no norte de Portugal.

Em todos os estágios foi-me possível desenvolver os objetivos de aprendizagem definidos no Guia Orientador (IPV, 2024):

- Desenvolver, mobilizar e integrar competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de cuidados diferenciados;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em cuidados diferenciados no internamento de medicina/cirurgia pediátrica e urgências pediátricas/cuidados intensivos pediátricos e neonatologia em situações de especial complexidade;
- Pugnar por manter uma atitude zelosa e ética, de empenho no seu desenvolvimento profissional e de envolvimento no trabalho em equipa multiprofissional, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Elaborar um Relatório que inclua a descrição dos contextos clínicos dos estágios, a reflexão crítica baseada na evidência e no pensamento teórico de enfermagem sobre as atividades desenvolvidas e o contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro

especialista de saúde infantil e pediátrica, tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados;

- Demonstrar no Relatório que possui competências para consultar, mobilizar ou produzir investigação científica com implicações para a prática de enfermagem especializada em SIP.

Além dos objetivos mencionados, pretende-se também o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que incluem as áreas da responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; e o aprimoramento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento nº 140/2019, 2019). Adicionalmente, devem ser adquiridas as Competências Específicas do EEESIP, que envolvem o cuidado à criança/jovem e à família, promovendo a saúde da criança/jovem; o atendimento em situações de maior complexidade; e a prestação de cuidados específicos, considerando as necessidades de desenvolvimento e o ciclo de vida da criança e do jovem (Portugal, Regulamento nº 422/2018, 2018).

Como futura EEESIP devo manter a procura pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados, para que possa atuar em qualquer contexto que seja necessário, tendo como ponto de partida os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil: garantir a satisfação da criança/jovem; promover a saúde; prevenir complicações; favorecer o bem-estar e o autocuidado; facilitar a adaptação às condições de saúde e contribuir para a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

No seguimento do estágio em Neonatologia, pude observar e participar pela primeira vez na aplicação do Método Canguru (MC) em recém-nascidos prematuros (RNP) internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e os seus pais, o que me despertou a atenção para esta temática no sentido da viabilização desta prática no local de trabalho que atuo (serviço de Obstetrícia). O MC apresenta inúmeras vantagens comprovadas em vários estudos, não só aos RNP, com também às mães e família que intervém nesta técnica. Está descrito pela WHO (2022) a diminuição da mortalidade, infeção e hipotermia, aumento da taxa de amamentação e de peso do RN, promoção de vínculo mãe/família-RN e recuperação no pós-parto, moderando a ansiedade e os sintomas de depressão materna. Além disso, o MC vai de encontro à filosofia da parceria de cuidados, tornando a mãe/pai no principal cuidador do RN, permitindo não só o empoderando dos pais, como também a humanização dos cuidados neonatais.

Assim, foi designado o estudo de investigação: “Vantagens da Implementação Precoce e Continuada do Método Canguru: *Scoping Review*” com o objetivo de mapear e analisar a evidência científica acerca dos benefícios a curto e longo prazo do MC nos RN pré-termo tardios (PTT) e de termo saudáveis, uma vez que é a população-alvo do âmbito profissional exercido e na qual foi identificada lacuna a nível da investigação.

Portanto, este relatório será constituído por 4 partes: introdução, Parte I – Percorso formativo em estágio, na qual exponho os objetivos específicos desenvolvidos e a reflexão crítica da minha prática baseada na evidência, Parte II – Estudo de investigação “Vantagens da Implementação Precoce e Continuada do Método Canguru: *Scoping Review*” e por fim as considerações finais.

Parte I – Percurso Formativo em Estágio

1 – Estágio em Urgência Pediátrica

Este estágio desenvolveu-se em um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Norte sob a tutoria de duas EEESIP e sob a orientação do professor Manuel Cordeiro.

1.1 – Objetivos específicos desenvolvidos

Para além dos objetivos gerais estabelecidos para o estágio de EEESIP no âmbito deste curso de mestrado, também foi possível compreender a dinâmica, organização e funcionamento do SUP, assim como a sua estrutura física, orgânica e funcional, descrita anteriormente no projeto. Foram adquiridos conhecimentos acerca do protocolo de triagem de Manchester, assim como da elaboração do processo de enfermagem e registos das intervenções realizadas no programa informático SClínico do SUP. A nível de técnicas, foi possível aperfeiçoar o cateterismo periférico em crianças e adolescentes, assim como realizar a colheita de espécimes para análise de sangue e urina, e fazer o respetivo registo de parâmetros urinários, e vírus respiratórios (painel rápido e alargado), com toda a complexidade que envolvem estes procedimentos, tanto a nível emocional como cognitivo para a criança e família. Colaborei na realização de algalias para a recolha de urina com técnica assética em tempo oportuno, na execução de enemas de limpeza e na colheita de líquido cefalorraquidiano através da técnica de punção lombar. Foram adquiridas competências na capacitação da criança em idade escolar, adolescente e pais para a prestação de cuidados nas patologias que motivaram ida ao SUP, tais como infeções respiratórias e gastroenterites, promovendo a autonomia e preparação para alta.

Um dos dois objetivos específicos propostos foi concretizado neste estágio: O objetivo 1, que corresponde à aplicação das diferentes escalas de avaliação da dor na criança, de acordo com a idade e grau de desenvolvimento cognitivo.

Segundo a Orientação nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [DGS], 2010):

1. A dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão, sem indicadores

específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde.

2. A avaliação da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, objectivar um fenómeno por natureza subjectivo, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correcção em tempo útil.
3. A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, actualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças.
4. O controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada.

Assim, a colheita de informação acerca da dor deve incluir, para além da escala adequada, a observação da criança e a entrevista aos pais/cuidador, respeitando sempre as normas de boa prática na avaliação da dor:

- a) Acreditar sempre na criança que refere dor;
- b) Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- c) Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- d) Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- e) Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- f) Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta;
- g) Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, excepto se a situação clínica justificar a mudança;
- h) Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- i) Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação (Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2010).

A percepção da dor em pediatria pode ser complexa, subestimada ou mal interpretada, pelo que a sua avaliação é uma prática clínica fundamental, que permite direccionar intervenções terapêuticas com vista a melhoria do conforto, guiando a resultados mais positivos para a clínica

do paciente. Outra ferramenta importante é o relato dos pais/cuidador acerca das alterações do comportamento, padrão de sono e expressões faciais que possam ser indicativos de dor na criança (Stivanin, 2024).

As escalas de avaliação da dor são consideradas instrumentos válidos e seguros para quantificar a sensação dolorosa sentida pelo RN/criança/jovem e possibilitam acompanhar a evolução dos utentes, permitindo o ajuste terapêutico necessário. Para além disso, facilitam a comunicação entre a equipa multidisciplinar, uniformizando os critérios de avaliação, evolução e resolução da dor (Sedrez, 2020).

Os instrumentos de avaliação da dor existentes descritos na Orientação nº 014/2010 (Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2010) são: Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né; Neonatal Infant Pain Scale (NIPS); Premature Infant Pain Profile; Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale; Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC); Faces Pain Scale – Revised; Escala de Faces de Wong-Baker; Escala Visual Analógica; Escala Numérica (EN) e Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R).

Das referidas, cinco estão entre as que são utilizadas no SUP da ULS e apresentam-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Escalas de avaliação de dor na criança

IDADE	ESCALA
Recém-nascidos	NIPS
Menores de 4 anos ou com incapacidade em verbalizar	FLACC
4 a 6 anos	Escala de Faces de Wong-Baker
Maiores de 6 anos	Escala Numérica
Crianças com multideficiência	FLACC-R

O cumprimento deste objetivo permitiu-me consolidar os conhecimentos teóricos aprendidos em sala de aula, relacionando-os com a prática através da observação da criança com dor desde a sua chegada à triagem, passando pela permanência na sala de inaloterapia ou SO, até a alta para domicílio ou transferência para o internamento de Pediatria. Deste modo, pude desenvolver o pensamento crítico através da escolha da escala a ser aplicada de acordo com a idade e grau de desenvolvimento cognitivo, tendo em vista a tomada de decisão acerca das intervenções de enfermagem a realizar em prol do bem-estar da criança.

O foco de enfermagem “Dor” e a respetiva intervenção “monitorizar a dor” era introduzida apenas no mapa de cuidados das crianças internadas no Serviço de Observação (SO), uma vez que a escala utilizada na triagem de Manchester é a EN para todas as faixas etárias e estádios de desenvolvimento, o que levou à reflexão acerca da transcrição das escalas de avaliação da dor nos RN, na criança menor de 4 anos ou com incapacidade em verbalizar e na criança com multideficiência, em que deveriam ser aplicadas as escalas NIPS, FLACC e FLACC-R respetivamente, para a EN.

Esta habilidade de reflexão e atuação imediata para a monitorização da dor através da EN na Triagem de Manchester demonstra-se como algo a ser construído e adquirido através da prática de cuidados de enfermagem de nível avançado como EEESIP, uma vez que este distingue-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, bem como a detenção de conhecimentos, que permitem não só avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, assim como prestar cuidados de qualidade à criança/jovem saudável ou doente quando a família não possui capacidades para um resultado eficaz e antecipar as situações de urgência/emergência (OE, 2017).

Refletiu-se acerca dos diversos fatores influenciadores que interferem na dor, tais como os individuais, biológicos e psicossociais; e na forma como a presença dos pais contribui para o alívio desta, uma vez que lhes proporcionam sensação de conforto e segurança. Para Sedrez (2020), existem obstáculos à avaliação da dor: Os fatores individuais subjetivos do profissional de saúde (experiências vividas, empatia, impacto no seu dia-a-dia), problemas de comunicação na equipa multidisciplinar, ausência de protocolos de medidas não farmacológicas e formação institucional, dificuldade na comunicação com a criança e na relação com a família da mesma.

Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2021) a dor pode fazer com que a criança desenvolva memórias negativas e traumáticas, induzindo ao medo e ansiedade antecipada às situações que impliquem recorrer aos serviços de saúde. Numa tentativa de minimizar a dor e a ansiedade nos procedimentos invasivos, devemos aplicar cinco tipos de estratégias:

- Estratégias de processo: educação dos pais e criança através da transmissão de informação oral e escrita e preparação da criança com um plano de conforto elaborado pelos pais (medidas físicas, farmacológicas e psicológicas);
- Estratégias físicas: posição de conforto, se possível sentadas ao colo dos pais, abraço terapêutico e amamentação ou chupeta.

- Estratégias farmacológicas: anestésicos tópicos (lidocaína liposomal e lidocaína-prilocaina) e solução de sacarose antes do procedimento e analgésico após;
- Estratégias psicológicas: comunicação honesta e precisa, orientando os pais para tom de voz normal, distração de acordo com o desenvolvimento da criança (brinquedos, músicas, vídeos, perguntas flash, bolas de sabão, dispositivos de aplicação de frio local e vibração), antes e se esta estiver calma, e relaxamento através da respiração abdominal ou imaginação guiada para memórias preferidas da criança.
- Estratégias no procedimento: a intervenção mais dolorosa deve ser realizada por último.

No SUP era incentivado o cumprimento destas estratégias, alertando os pais para as vantagens das medidas não farmacológicas e para a importância do ensino e preparação das crianças de modo constante no cotidiano, uma vez que o contexto da situação clínica e das intervenções realizadas não permitia uma preparação adequada e de forma antecipada.

Desta forma, era sempre estimulada a presença dos pais durante a realização de todas as técnicas invasivas, sendo necessário por vezes a substituição da figura materna pela paterna ou pessoa significativa como tio/tia/avô/avó por fragilidade psicológica parental. Em situações que os pais ou pessoa significativa se recusava estar presente, a criança ficava apenas com os profissionais e era dado o suporte e conforto possível, embora de forma menos eficaz, uma vez que se verificava maior agitação psicomotora da mesma. Nos procedimentos não invasivos, como a administração de terapêutica oral ou por câmara expansora, era incentivada a colaboração dos pais através do posicionamento ao colo para conforto e segurança, se necessário a restrição de movimentos da criança e o reforço positivo após realização da técnica.

Penso que as características individuais dos profissionais interferem diretamente no modo como é vivenciada esta experiência pela criança e pais, sendo essencial a aquisição de competências comunicacionais e relacionais, a fim de estabelecer uma relação de confiança com os mesmos e orientá-los para a eficácia dos procedimentos realizados e futuramente necessários. Era transversal a todos os profissionais a comunicação verbal e não verbal calma e precisa acerca dos procedimentos, sendo necessário educar alguns pais no sentido de evitarem expressões que desencorajam a interação com os profissionais de saúde e que chamam atenção para a dor, aumentando assim o nível de stress e a dificuldade da concretização das intervenções. Poderia ser útil a entrega de panfletos informativos para reforço da educação para

a saúde aos pais e filhos, uma vez que as suas características individuais e o estado emocional do momento influenciam o modo como lidam com a situação e com a capacidade de compreensão e assimilação da informação transmitida.

Quanto aos métodos de distração, foi referido pelos enfermeiros, a mais valia do dispositivo vibratório com aplicação de frio local, que ainda não foi possível a sua aquisição para o serviço. Outros métodos de distração físicos sugeridos seria a decoração das paredes do serviço com a pintura de imagens alusivas às histórias infantis, que também foi referido pelos profissionais e que tornaria o ambiente mais colorido e alegre.

Como não foi encontrado um protocolo institucional de atuação multiprofissional para controlo da dor pediátrica, como é sugerido nas Orientações nº 022/2012 e nº 024/2012 de 18/12/2012 (Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2012), será apresentado um algoritmo de atuação com medidas não farmacológicas na Figura 1, extraído do Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013, p. 29). Neste algoritmo estão descritas diversas intervenções não farmacológicas utilizadas em diferentes faixas etárias, mantendo a vigilância contínua da dor e a respetiva avaliação através das escalas descritas anteriormente. Não descarta a história da dor e os fatores influenciadores da perceção da mesma, assim como a competência da equipa multidisciplinar, que deve ser ensinar, instruir e treinar múltiplas estratégias aos pais e à criança/jovem, a fim de demonstrarem o conhecimento aprendido.

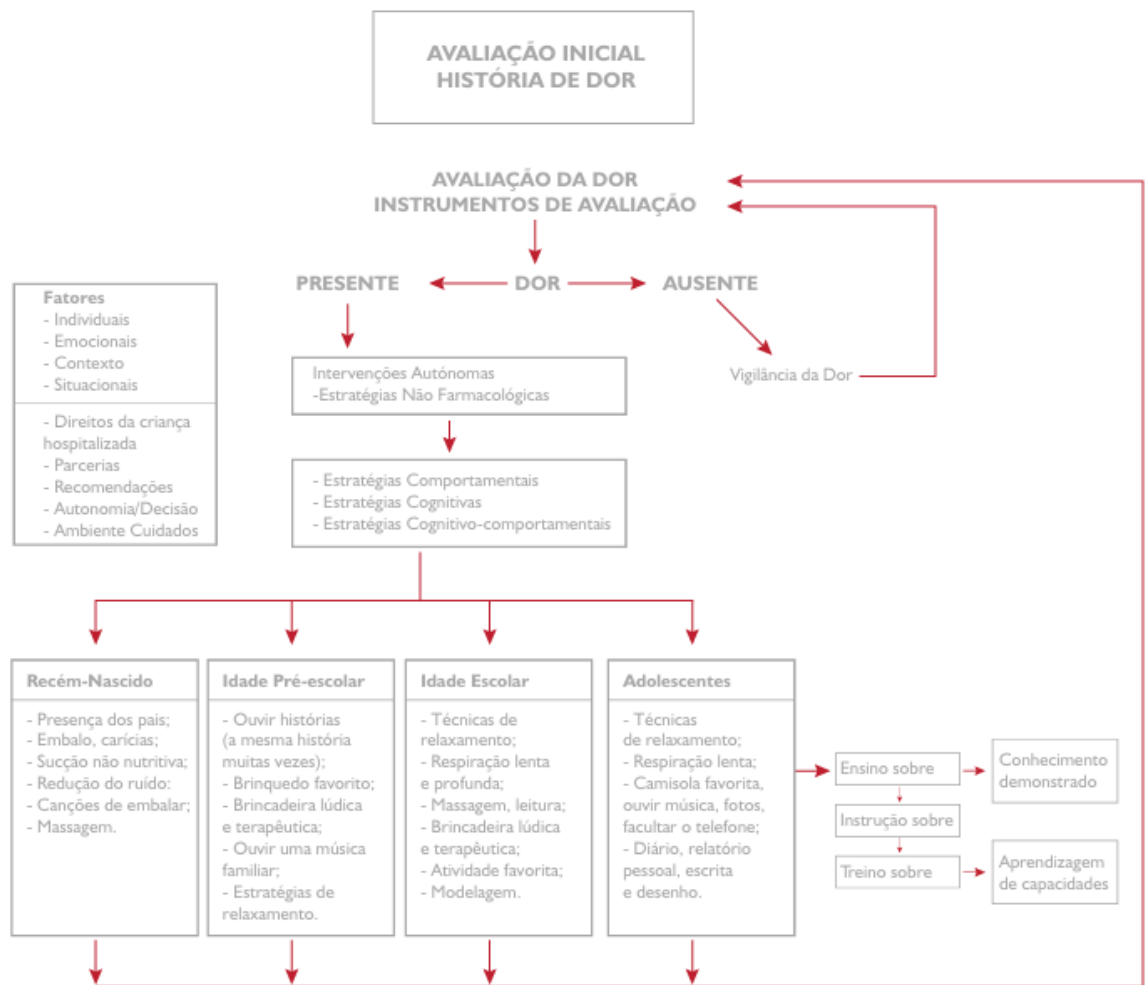


Figura 1 – Algoritmo de atuação

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, Série I (6), pp. 29. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Relativamente ao objetivo 2: Colaborar com a administração de protóxido de azoto (N₂O) e nos cuidados inerentes à vigilância da criança, não foi possível observar, embora tenha sido feita igualmente uma pesquisa bibliográfica sobre as indicações, contraindicações e cuidados de enfermagem.

Segundo Council (2009) e Mohan et al. (2015) citado por Rizzo (2023, pp. 15-16), a sedação inalatória com N₂O e oxigénio é não invasiva e de fácil administração. Tem efeito ansiolítico e analgésico, rápida absorção, e início de ação entre dois a três minutos. A sua eliminação é igualmente célere (cerca de cinco minutos).

A formulação terapêutica disponível na ULS é constituída por 50% de oxigénio e 50% de N₂O e de acordo com o protocolo existente no serviço desde 2018 “Uso de protóxido de azoto em idade pediátrica”, o uso do N₂O está indicado para os seguintes procedimentos: cateterismo uretral; punção lombar; punção venosa periférica; aplicação de pensos em queimaduras; limpeza e suturas simples de feridas; remoção de drenos/suturas; remoção de corpos estranhos oculares ou nasais; infiltração intramuscular de toxina botulínica; drenagem de pequenos abscessos; redução de parafimose; artrocentese; redução de luxações articulares; redução de fraturas simples; mielograma e biópsia medular.

As contra-indicações descritas são: Recusa pelos pais/doente; crianças com menos de um ano ou não colaborantes; otite média aguda; hipertensão intracraniana; alterações do estado de consciência (Traumatismo craneoencefálico, meningite, encefalite); distensão abdominal (oclusão intestinal, íleus paralítico); doença pulmonar crónica, pneumotórax, pneumomediastino, enfisema; insuficiência cardíaca; cirurgia recente a menos de três meses (otorrino, oftalmológica, maxilo-facial); hipoxemia, com necessidade de oxigénio mais de 50%; défice de vitamina B12 ou ácido fólico e gravidez (1º trimestre).

Os efeitos secundários mais comuns são as náuseas e vómitos, e os poucos frequentes são as tonturas, cefaleias, agitação, euforia, angustia, alucinações, alterações na perceção sensorial e parestesias. Infrequentemente, mas de maior importância clínica para o doente, a administração de N₂O pode ter como consequência a: hipoxemia, aspiração pulmonar, laringospasmo, broncospasmo, apneia e anemia megaloblástica.

Relativamente aos cuidados inerentes à vigilância da criança, esta deve estar monitorizada (frequência cardíaca e saturação de oxigénio) durante a administração e até cinco minutos após suspensão da inalação de N₂O, mantendo a vigilância do estado de vigília nos 30 minutos seguintes. Este gás não deve ser administrado durante mais de 60 minutos contínuos.

Embora não tenha sido possível observar a aplicação de N₂O em crianças, penso ser uma valia, uma vez que, segundo relato dos profissionais do SUP e revisão bibliográfica, estas permanecem mais calmas, transmitindo igualmente maior tranquilidade aos pais, permitindo que se realize o procedimento de modo mais eficaz, não só no controlo da dor como em tempo útil. No entanto, foi possível observar a realização de uma tomografia computadorizada a uma criança pequena com sedação consciente com hidrato de cloral, em que a mesma se apresentava ligeiramente sonolenta, o que facilitou a execução do exame diagnóstico pois este exige que o utente permaneça imóvel. O constrangimento da utilização desta sedação no SUP verificou-se na medida em que o tempo de espera para a execução do exame foi superior ao expectável, pelo

que o fármaco já teria ultrapassado o seu pico de ação quando a criança foi chamada para a realização do mesmo, apresentando inicialmente alguma resistência à sua alocação. Esta situação é recorrente devido à imprevisibilidade da disponibilidade da sala do exame, que é a mesma para o serviço de urgência de adultos.

1.2 – Reflexão crítica da prática baseada na evidência

Ao longo destas cinco semanas pude contactar com uma realidade bastante diferente da que estava habituada, uma vez que um serviço de urgência requer uma dinâmica muito diferente de um internamento. Para além de novos conceitos adjacentes ao serviço, pude interagir com a criança/família em situações de doença aguda crítica e não crítica, mas que por si só é geradora de grande stress e preocupação em todos os intervenientes. Aqui o enfermeiro deve ser capaz de orientar e capacitar o cuidador para lidar da melhor forma com a situação em prol do bem-estar do latente/criança/adolescente doente. Apesar de não ter observado um elevado tempo de espera para a observação médica por parte do pediatra após a triagem, as situações que exigem colaboração de outras especialidades médicas inexistentes na ULS, em determinado dia da semana/fim-de-semana ou a partir de determinado horário, deixam as expectativas um pouco aquém, uma vez que é necessário o transporte para outro hospital de referência, em outra cidade.

Apesar do SUP dividir os colaboradores por áreas de trabalho (triagem, sala de inaloterapia e SO, sendo que um deles está responsável pelos transportes efetuados para outras unidades de saúde), o método de trabalho utilizado é o de equipa, devido à elevada rotatividade dos utentes, aliado à carga de trabalho existente. Deste modo, os enfermeiros alocados à sala de triagem e à sala de inaloterapia mobilizam-se frequentemente por forma a dar resposta às solicitações. De realçar que apenas poderão realizar a Triagem de Manchester os profissionais com a respetiva formação exigida, que é efetuada após pelo menos dois anos de experiência no serviço. Segundo o Grupo Português de Triagem (2021), o profissional de triagem deve ter uma experiência considerável em cuidados de urgência (pelo menos seis meses), aliada à capacidade em comunicar de modo eficaz com os doentes e as suas famílias. O SO está designado ao mesmo enfermeiro durante o turno, mas conta sempre com a entajuda dos colegas distribuídos pelas outras salas. A sala de emergência não foi utilizada durante a minha passagem no serviço. Esta é sempre verificada no turno da manhã, e certifica-se o correto funcionamento do desfibrilhador e da bala de oxigênio do carro de emergência, os aspiradores, rampas de

oxigênio, e respetivo material pronto a utilizar em tempo útil, medicação estupefaciente e outras terapêuticas utilizadas que estão contidas no cofre.

Quanto às situações mais frequentes no serviço pude observar muitos casos de gastroenterite aguda (GEA), em que os pais recorriam ao SUP por vômitos incoercíveis, diarreia e dor abdominal, por vezes associados à febre, que por si só também era um fator de recorrência.

A GEA é uma das principais causas de morbidade e hospitalização em idade pediátrica, a nível mundial. É uma doença que pode conduzir a desidratação e desnutrição, uma vez que a inflamação aguda das mucosas do estômago e intestino (enterócito) traduzem-se em vômitos e diarreia, que impedem a absorção da água e eletrólitos (principalmente o sódio), e favorecem a excreção dos mesmos (Amaral, 2008; DGS, 2004).

Segundo Martins et al. (2011), a Sociedade Europeia de Gastreterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica/ Sociedade Europeia de Doenças Infeciosas Pediátricas (ESPGHAN-ESPID) e a Sociedade Latino-americana de Gastreterologia Pediátrica, Nutrição e Hepatologia (SLAGHNP) definem a GEA pela diminuição da consistência das fezes (especialmente nos primeiros meses de vida) e/ou aumento da frequência das evacuações para três ou mais dejeções em 24 horas (durante 7 a 14 dias), associada ou não a febre ou vômitos.

A GEA pode ser causada na maioria dos casos por vírus (rotavirus, adenovirus e norovirus), bactérias (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Escherichia coli enteroinvasora) ou parasitas, é geralmente um processo autolimitado (duração habitual de uma semana), exceto na infeção parasitária, podendo prolongar-se na ausência de tratamento. A via de transmissão das gastroenterites infecciosas é a fecal-oral, mas alguns adenovírus entéricos transmitem-se também por via aérea. As GEA virais têm início de sintomatologia súbita, associada a vômitos, febre, dor abdominal ligeira, diarreia e em cerca de um terço dos casos existe expetoração. As GEA bacterianas associam-se geralmente a febre alta, dor abdominal importante e presença de muco e/ou sangue nas fezes (Almeida, S., 2017, pp. 37-38).

É fundamental avaliar o grau de desidratação originado pela perda de líquidos e eletrólitos causada pela GEA. No caso da desidratação ligeira, há perda de peso corporal inferior a 3% e não existem outros sinais de desidratação. Se esta for moderada, verifica-se uma perda de peso corporal entre 3 a 10% e presença de sintomas como: Sede (irritabilidade/apatia), aumento da frequência cardíaca, tempo de reperfusão capilar entre 2 a 3 segundos, oligúria, prega cutânea, mucosas secas, olhos encovados e fontanela deprimida. Na desidratação grave, a perda de peso corporal é superior a 10%, há alteração estado consciência, colapso

cardiocirculatório, tempo de reperfusão capilar superior a 3 segundos, anúria, prega cutânea, mucosas secas, olhos profundamente encovados, fontanela deprimida e ausência lágrimas (Almeida, S., 2017, p. 39).

Segundo Almeida (2017, p. 40), o tratamento da GEA baseia-se na reidratação seguida da introdução da alimentação, dando prioridade à via entérica, oral ou por sonda nasogástrica. O início da reidratação deve ser precoce e concluir-se em cerca de quatro horas, seguindo-se da realimentação, uma vez que uma dieta hipoproteica e hipocalórica agrava a malnutrição, prolongando a GEA. A utilização de fármacos antidiarreicos está contraindicada e ocasionalmente poderão estar indicados antibióticos no tratamento da GEA bacteriana.

Assim, desde a descoberta dos solutos glucoeletrolíticos nos anos 60, que facilitam a absorção intestinal de sódio pela presença simultânea de glicose no lúmen intestinal, e posterior transporte de água e eletrólitos para a corrente sanguínea, foi possível desenvolver diversos solutos de reidratação oral (SRO) existentes no mercado (DGS, 2004). O soluto disponível no SUP é o Dioralyte sabor limão ou groselha, que não foi administrado durante os meus turnos de estágio, uma vez que os pediatras de serviço referem melhor experiência com a administração de chá açucarado, observando maior tolerância por parte das crianças, apesar do chá conter baixa concentração de sódio e potássio (Amaral, 2008).

De acordo com Almeida, S. (2017, p. 40) o volume de SRO a administrar na desidratação ligeira é de 30 a 50 ml/Kg em quatro a cinco horas e na desidratação moderada 75 a 100 ml/Kg em três a quatro horas, devendo adicionar-se o volume correspondente às perdas continuadas pelas dejeções (10 ml/Kg por cada dejeção diarreica) e pelos vômitos (2 ml/Kg por cada vômito).

A reidratação por via endovenosa está indicada na desidratação grave, em que há necessidade de reposição de líquidos e eletrólitos para preenchimento vascular em maior volume e em menor espaço de tempo de forma a prevenir o choque hipovolémico. Também está indicada na desidratação ligeira a moderada em caso de persistência de vômitos em que não é possível a reidratação oral (Almeida, S., 2017, p. 41).

Durante o estágio foi possível observar crianças com GEA e desidratação ligeira a moderada, em que a maioria dos casos foram solucionados com hidratação oral fracionada com chá açucarado através de pequenas doses de 5 ml (1 colher de sobremesa) a cada 5 minutos, aumentando progressivamente a dose de acordo com a tolerância por 3 a 4 horas (Almeida, 2008), administração de ondasetrom oral para controlo das náuseas e vômitos e posterior

realimentação com bolachas maria ou de água e sal, gelatina ou iogurte, conforme preferência da criança/jovem. Quando o anti-emético não surtia efeito e não havia tolerância oral, ou em casos de desidratação moderada a criança/jovem iniciava perfusão de Cloreto de Sódio 0,9% de acordo com o défice de eletrólitos verificado, mantendo a vigilância de compromisso circulatório em SO.

A ESPGHAN-ESPID e SLAGHNP não recomendam o uso de antieméticos por rotina, mas a SLAGHNP pondera o uso de ondansetron em doentes desidratados em risco de falha de re-hidratação oral. Há estudos científicos que comprovam a eficácia de probióticos como *Lactobacillus GG* e *Saccharomyces boulardii* para a diarreia (Martins et al., 2011).

Nos casos de desidratação ligeira observados durante o estágio, as crianças tinham boa resposta à administração do ondansetron oral, facilitando a reidratação com vista à introdução precoce da alimentação. Nos casos de desidratação moderada, após realização de estudo analítico, era prescrita a reidratação endovenosa com base nas necessidades hídricas basais e reposição das perdas continuadas, mantendo a tentativa de hidratação oral. Não foram observados casos que necessitaram de introdução de sonda nasogástrica. Aquando a alta, eram reforçados os ensinamentos aos pais acerca dos sinais de desidratação, da reintrodução hídrica e alimentar e cuidados de higiene.

Relativamente à febre, eram efetuados ensinamentos aos pais acerca da fisiologia e característica benigna e autolimitada na maioria dos casos, assim como dos sinais de alerta que a acompanham, de acordo com a Orientação nº 004/2018 Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores (Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2018). Eram esclarecidos acerca das medidas iniciais para redução da temperatura e do risco de desidratação (causada pela transpiração e anorexia), como o reforço hídrico e repouso, uma vez que era comum a recorrência ao SUP antes da realização de medidas antipiréticas e/ou alívio de desconforto por parte dos pais. A utilização de banhos de água tépida já não está recomendada pois aumentam o desconforto da criança/jovem (Oliveira, 2017).

A terapêutica com antipirético deve ser ponderada caso a caso, de acordo com a situação clínica, sendo os principais medicamentos utilizados em idade pediátrica: paracetamol e ibuprofeno. Constatava-se em muitas crianças a administração privilegiada de ibuprofeno, e nesse sentido eram realizados ensinamentos acerca da monoterapia antipirética com paracetamol e das contra-indicações do ibuprofeno, tais como: idade inferior aos 6 meses, alergia aos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), varicela (aumenta o risco de sobreinfecção bacteriana), situações de risco de desidratação (vómitos e/ou diarreia moderados a graves), doença crónica

(gastrointestinal, renal, cardíaca, hematológica, asma) e meningite recorrente idiopática ou induzida pelo ibuprofeno (Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2018).

A administração do ibuprofeno não é recomendada à menores de 6 meses (DGS, 2018), devido à imaturidade hepática e renal adjacente, havendo maior risco de toxicidade hepática e insuficiência renal, assim como outros efeitos adversos como: lesão gastrointestinal, redução da adesão plaquetária, trombocitopenia e síndrome de Stevens-Johnson (Oliveira, 2017).

No entanto, Martino et al. (2017) refere na sua revisão que este é o único AINE aprovado para uso em crianças com mais de 3 meses de idade. O ibuprofeno inibe a atividade da ciclo-oxigenase, e consequentemente reduz a síntese de prostaglandinas, que desempenham um papel fundamental na patogénese da inflamação, febre, nocicepção, processos de reparo tecidual e na proteção da mucosa gástrica contra danos relacionados ao ácido clorídrico, inibindo a sua produção pelas células parietais gástricas e aumentando a produção de muco protetor pelas células epiteliais que revestem o estômago.

A revisão de Dinis et al. (2023) aborda os riscos potenciais do ibuprofeno em idade pediátrica: úlceras, hemorragia e inflamações gastrointestinais, insuficiência renal, asma e toxicidade hepática, desidratação, fascíte necrosante e síndrome de Reye.

Deve se ter atenção ao uso deste antipirético em crianças com GEA, devido ao risco de desidratação, uma vez que em caso de hipovolémia, o organismo é impedido de produzir prostaglandinas renais que iriam manter a perfusão renal e a filtração glomerular, conduzindo à lesão renal aguda (Martino et al., 2017).

A varicela é uma infeção viral com complicações mais frequentes descritas na adolescência, tais como: bronquite, pneumonia e superinfeções bacterianas da pele por *Streptococcus* do grupo A (também responsáveis pela fascíte necrosante). Esse risco parece aumentar com uso concomitante de ibuprofeno (Martino et al., 2017).

No caso da asma, existe controvérsia do risco relativo à ingestão de ibuprofeno, embora alguns estudos mencionem desencadear broncoespasmo e exacerbar os sintomas asmáticos de crianças com asma induzida por aspirina, outros atribuem segurança na sua administração à crianças asmáticas, inclusive há estudos que defendem que este AINE possa ter um efeito protetor na asma induzida por alérgenos. (Martino et al., 2017).

Em suma, o paracetamol deve ser o antipirético de eleição para o tratamento da febre que manifeste desconforto, e o ibuprofeno nunca deve ser administrado a pacientes alérgicos a AINEs, devido ao possível risco de reações cruzadas de hipersensibilidade. Está comprovada

que a administração de antipiréticos não previne o aparecimento de convulsões febris e a administração alternada de dois antipiréticos não deve ser realizada por rotina, uma vez que podem potenciar efeitos adversos e a monoterapia com paracetamol comprovou-se eficaz na redução de 1°C a 1,4°C com pico de ação entre 2 a 3 horas (Martino et al., 2017; DGS, 2018).

Outro caso de recorrência ao SUP, devia-se à obstrução nasal, maioritariamente em crianças até aos dois anos, e em contexto de infeções virais das vias aéreas superiores. Para além de todos os ensinamentos realizados anteriormente no caso de febre, eram também reforçados ensinamentos acerca da técnica correta de lavagem nasal e da presença de sinais de dificuldade respiratória (polipneia, adejo nasal, tiragem, gemido expiratório e cianose) que motivassem observação clínica imediata.

Também foi possível observar na triagem patologias do foro mental, tais como a ansiedade e depressão; do foro neurológico, tal como o autismo (cada vez mais frequente), e até situações de abuso sexual, que foram encaminhados rapidamente para a Pedopsiquiatria. Para as situações de autismo, estava reservada alocação na última enfermaria do SO, por esta se encontrar mais afastada da entrada do serviço, para evitar o barulho dos gabinetes de triagem, médicos, inaloterapia, sala de enfermagem e sala de tratamentos, permitindo evitar a estimulação sonora e visual da criança/jovem.

Em suma, no momento da observação da criança/jovem na triagem, era feita uma avaliação rápida da aparência (tónus muscular e estado de consciência), situação respiratória e circulatória, que nos permitia perceber o grau de estabilidade fisiológica e a necessidade de atuação. Não se tratando de uma situação grave e de instabilidade, poderíamos proceder calmamente à avaliação dos sinais vitais e à entrevista com a recolha de informações pertinentes e que motivaram a ida ao SUP, assim como os antecedentes patológicos, medicações realizadas no domicílio e alergias. Neste estágio não presenciei nenhuma situação crítica com necessidade de intervenção médica imediata.

2 – Estágio em Pediatria

Este estágio desenvolveu-se em um internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica de uma ULS da Região Norte sob a tutoria de uma EEESIP e sob a orientação do professor Manuel Cordeiro.

2.1 – Objetivos específicos desenvolvidos

Para além dos objetivos principais estabelecidos para o estágio de EEESIP no âmbito deste curso de mestrado, também foi possível compreender a dinâmica, organização e funcionamento do internamento de Pediatria, integrar-me na equipa multidisciplinar, consolidar conceitos sobre a parceria de cuidados, aprimorar técnicas comunicacionais apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança e desenvolver conhecimentos que permitam identificar focos de instabilidade física e psicológica que ponham em risco o bem-estar da criança/família.

O serviço é constituído por 15 enfermarias para díade criança/cuidador, compostas por cama de adulto, cama média ou berço para a criança e divã para acompanhante, são 10 enfermarias individuais, 1 delas com casa de banho completa, 4 enfermarias duplas e 1 tripla. Ao longo do serviço pode se encontrar 3 casas de banhos completas, 2 casas de banho só com sanita e 1 só com chuveiro, 1 sala de enfermagem com sala de terapêutica, 1 stock para material clínico e roupa, 1 sala de tratamentos, 1 sala de atividades lúdicas com presença de uma educadora em dias úteis das 9 às 16 horas, 1 refeitório e sala de lazer com televisão e espaço para brinquedos. As enfermarias estão dispostas em três corredores, em que o mais próximo da sala de enfermagem está reservado para patologias respiratórias em crianças mais pequenas e situações clínicas que requerem mais vigilância como antecedentes de convulsões ou crianças sem acompanhante, o corredor seguinte para internamento cirúrgico e o último corredor para outras patologias de internamento médico.

A equipa de enfermagem é constituída por 17 enfermeiras generalistas e 6 EEESIP, sendo que uma corresponde à enfermeira responsável do serviço que não presta cuidados de enfermagem. Durante o turno da manhã encontram-se a trabalhar 4 enfermeiras (segunda a sexta-feira) ou 3 enfermeiras (sábado e domingo) e 2 técnicas auxiliares de saúde, a tarde são 3

enfermeiras (segunda a quinta-feira) ou 2 (sexta-feira a domingo) e 1 técnica auxiliar de saúde, à noite são 2 enfermeiras e 1 técnica auxiliar de saúde. A cotação de enfermeiros por turno pode variar mediante a taxa de ocupação e/ou complexidade dos cuidados aos doentes internados, sendo chamados ou dispensados se possível.

O sistema de segurança que previne a fuga das crianças designa-se por “HUGS”, em que são colocadas pulseiras com um chipe que deteta a localização da criança caso haja violação da pulseira, momento em que soa um alarme e a porta de saída do serviço é bloqueada. De notar que a porta de acesso ao serviço apenas abre com a passagem do cartão do profissional do serviço.

Foi possível adquirir conhecimentos acerca do acolhimento da criança/pais ao serviço, informando em momento oportuno os seus direitos e deveres, de forma a que o internamento decorra sem constrangimentos. Há intervenções que devem ser adequadas à situação clínica da criança no momento da entrada, uma vez que não sejam prioritárias, podem ser proteladas para quando a criança esteja menos chorosa e possa colaborar. Temos que ser capazes de desenvolver o pensamento crítico nestas ocasiões para que o bem-estar da criança não seja prejudicado e que não seja descurada nenhuma intervenção necessária à avaliação do seu estado clínico. Devemos estabelecer uma relação empática e de confiança com os pais, pois serão os principais aliados na recuperação da criança, explicando todos os procedimentos necessários e sugerindo a sua colaboração sempre que disponíveis e com capacidades cognitivas e psicológicas.

A nível de técnicas, foi aprimorado o cateterismo periférico em crianças e adolescentes, assim como a administração de terapêutica endovenosa, sendo necessário rigor nos cálculos das dosagens prescritas, na preparação, diluição e reconstituição. Implicitamente, aprimorei técnicas comunicacionais com as crianças, adotando estratégias não farmacológicas para controlo da dor, respeitando sempre a faixa etária e grau de desenvolvimento cognitivo. Foi possível aplicar estratégias físicas (posição de conforto, colo ou abraço terapêutico dos pais, amamentação e chupeta), psicológicas (comunicação honesta e precisa com tom de voz normal, distração com música, vídeos e brinquedos, técnica de relaxamento com respiração lenta e profunda ou imaginação guiada) e farmacológicas através da aplicação de anestésico tópico (lidocaína) no local da punção (OE, 2013; Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021). Foi sempre incentivada a presença e colaboração dos pais, uma vez que estes são a figura de confiança e referência para a criança e onde ela irá buscar o conforto e a segurança, com vista à eficácia dos procedimentos efetuados.

Colaborei na realização de processos de enfermagem e registos das intervenções realizadas no programa informático SClínico, que suscitaram algumas dúvidas quanto à escolha dos focos de atenção e respetivas intervenções, uma vez que não havia uniformização do mesmo por parte da equipa de enfermagem. Considerei pertinente elaborar um guia de apoio, mais especificamente direcionado para a patologia respiratória, que seria refletido na maioria dos internamentos nesta altura do ano. Pelo que foi definido como um objetivo específico a ser concretizado neste estágio:

Objetivo 1: Uniformizar a elaboração do processo de enfermagem no SClínico, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), para latente/criança/jovem com patologia respiratória.

Penso que a concretização deste objetivo trouxe melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que o enfermeiro especialista deve ser capaz de utilizar indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das práticas clínicas (Portugal, Regulamento nº 140/2019, 2019), e sendo o SClínico um dos Sistemas de Informação em Enfermagem com o objetivo de uniformizar os registos em saúde e dar visibilidade aos cuidados prestados, tornando possível, através da sua correta utilização, a obtenção de indicadores de qualidade que permitem a mensurabilidade da qualidade nas intervenções e consequentemente dos cuidados de enfermagem prestados (Nascimento et al, 2021).

A CIPE foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e tem como objetivo uniformizar conceitos e classificar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, gerando uma terminologia comum a todos os enfermeiros (OE, 2024). É o referencial de linguagem no Sistema de Informação de Enfermagem e facilita a interpretação dos registos, a gestão e continuidade dos cuidados prestados, auxiliando na tomada de decisão, no desenvolvimento da formação e investigação e na produção de indicadores de qualidade da prática de enfermagem (OE, 2007).

Assim, apresenta-se na Tabela 2 o guia de apoio à utilização da CIPE® no SClínico, direcionado para crianças diagnosticadas com patologias do foro respiratório. A maioria dos diagnósticos de enfermagem que se encontram na tabela são comuns a outras patologias, pelo que este trabalho será uma mais valia para a uniformização dos todos os processos de enfermagem a serem realizados. Este guia ficará disponível para consulta no internamento de Pediatria da ULS, juntamente com a apresentação em *powerpoint* elaborada para as enfermeiras do serviço, que se encontra em Apêndice I deste relatório.

Tabela 2 – Guia de apoio à utilização da CIPE® no SClínico: Patologia Respiratória

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES
<p>1. Papel Parental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar condição do papel parental: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h • Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h <p><input type="checkbox"/> Risco de compromisso do papel parental especial durante a hospitalização</p> <p><input type="checkbox"/> Potencial para melhorar papel parental especial durante a hospitalização</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver mãe e(ou) pai nos cuidados: Sem horário - Estabelecer relação com mãe e(ou) pai: Sem horário - Estimular a participação nos cuidados da mãe e(ou) pai: Sem horário - Negociar com mãe e(ou) pai plano de cuidados: Sem horário - Promover papel parental: Sem horário
<p>2. Papel Parental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais): Turno fixo 8h-15h e 15h-22h <p><input type="checkbox"/> Potencial para melhorar capacidade da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a mãe e(ou) pai a executar tratamentos: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h - Instruir a mãe e(ou) pai a prevenir complicações das necessidades especiais: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h - Instruir a mãe e(ou) pai a tomar conta de necessidades especiais: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h - Instruir a mãe e(ou) pai sobre medidas de segurança durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h - Instruir a mãe e(ou) pai sobre prevenção de contaminação: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
<p>3. Papel Parental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais): Turno fixo 8h-15h e 15h-22h <p><input type="checkbox"/> Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)</p> <p><input type="checkbox"/> Conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a mãe e(ou) o pai a tomar conta da alimentação durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h - Ensinar a mãe e(ou) o pai a tomar conta da higiene durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h - Ensinar a mãe e(ou) o pai a vigiar a eliminação durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre complicações: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de contaminação: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
<p>4. Conforto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conforto (criança): Sem horário <p><input type="checkbox"/> Conforto comprometido</p> <p><input type="checkbox"/> Sem conforto comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar banho: Turno fixo 8h-15h - Ensinar a mãe e (ou) pai sobre conforto: Sem horário - Executar técnica de distração: SOS - Gerir ambiente: Sem horário - Posicionar: Sem horário - Promover conforto: Sem horário

<p>5. Queda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de queda (criança): de 3 em 3 dias as 9h (médio risco de queda) <p><input type="checkbox"/> Alto/Médio/Baixo risco de queda</p> <p><input type="checkbox"/> Sem risco de queda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elevar grades da cama: Sem horário - Manter grades da cama: Sem horário - Baixar cama: Sem horário
<p>6. Dor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar dor: SOS • Vigiar dor: SOS <p><input type="checkbox"/> Dor em grau elevado/moderado/reduzido</p> <p><input type="checkbox"/> Sem dor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar dor: SOS - Vigiar dor: SOS
<p>7. Sono</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sono: Sem horário/Turno fixo 22h-8h <p><input type="checkbox"/> Sono comprometido</p> <p><input type="checkbox"/> Sono adequado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sono: Sem horário/Turno fixo 22h-8h
<p>8. Infecção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de infecção (criança): Sem horário <p><input type="checkbox"/> Risco de infecção (associado ao CVP/SV)</p> <p><input type="checkbox"/> Sem risco de infecção</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar medidas de prevenção da contaminação: Sem horário - Inserir cateter venoso periférico: SOS - Manter a prevenção de contaminação: Sem horário - Otimizar cateter venoso periférico: Sem horário - Remover cateter venoso periférico: SOS - Trocar dispositivos de perfusão: SOS - Vigiar local de inserção do cateter: Sem horário - Vigiar penso do cateter: Sem horário
<p>9. Ingestão Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ingestão nutricional (criança): Turno fixo 8h-15h e 15h-22h <p><input type="checkbox"/> Ingestão nutricional comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Sem ingestão nutricional comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar refeição: Sem horário/ Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
<p>10. Apetite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar apetite: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h <p><input type="checkbox"/> Apetite comprometido</p> <p><input type="checkbox"/> Sem apetite comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar refeição: Sem horário/ Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
<p>11. Desenvolvimento Infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar peso corporal: Agora/Dia e turno fixo - Monitorizar comprimento/altura: Agora/Dia e turno fixo - Monitorizar índice de massa corporal: Agora/Dia e turno fixo - Monitorizar sinais vitais: Hora fixa 9h, 16h, 23h
<p>12. Eliminação Urinária</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar eliminação urinária: Sem horário

13. Eliminação Intestinal	- Vigiar eliminação intestinal: Sem horário
14. Ventilação • Avaliar ventilação: Sem horário <input type="checkbox"/> Ventilação comprometida <input type="checkbox"/> Sem ventilação comprometida	- Monitorizar saturação de oxigénio: Sem horário - Monitorizar frequência respiratória: Sem horário - Vigiar respiração: Sem horário - Elevar a cabeceira da cama: Sem horário - Executar inaloterapia: SOS - Gerir oxigenoterapia: SOS - Monitorizar FiO2: Sem horário - Incentivar repouso: Sem horário - Posicionar: Sem horário
15. Tossir • Avaliar tossir: Sem horário <input type="checkbox"/> Tosse comprometida <input type="checkbox"/> Sem tosse comprometida	- Vigiar tosse: Sem horário
16. Febre	- Monitorizar temperatura corporal: Sem horário - Incentivar ingestão de líquidos: Sem horário - Executar tratamento com estratégias não farmacológicas: Sem horário
17. Limpeza das Vias Aéreas • Avaliar limpeza das vias aéreas (criança): Sem horário <input type="checkbox"/> Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau elevado/moderado/reduzido <input type="checkbox"/> Sem limpeza das vias aéreas comprometida	- Aspirar secreções: Sem horário - Lavar: Sem horário

O objetivo 2: Desenvolver a parceria de cuidados com os pais/cuidadores do latente/criança/jovem internado, foi escolhido por ir de encontro às competências do EEESIP, mais especificamente ao ponto “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.”, na qual devemos negociar a participação da criança e da família, comunicando e utilizando estratégias adequadas, de forma a proporcionar conhecimento para o desenvolvimento de comportamentos apropriados à gestão da saúde/doença (Portugal, Regulamento nº 422/2018, 2018).

Está descrito no ponto 3 da Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2017) que “Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho”, que se relaciona

estritamente com o modelo de parceria de cuidados desenvolvido por Anne Casey, ilustrado na Figura 2.

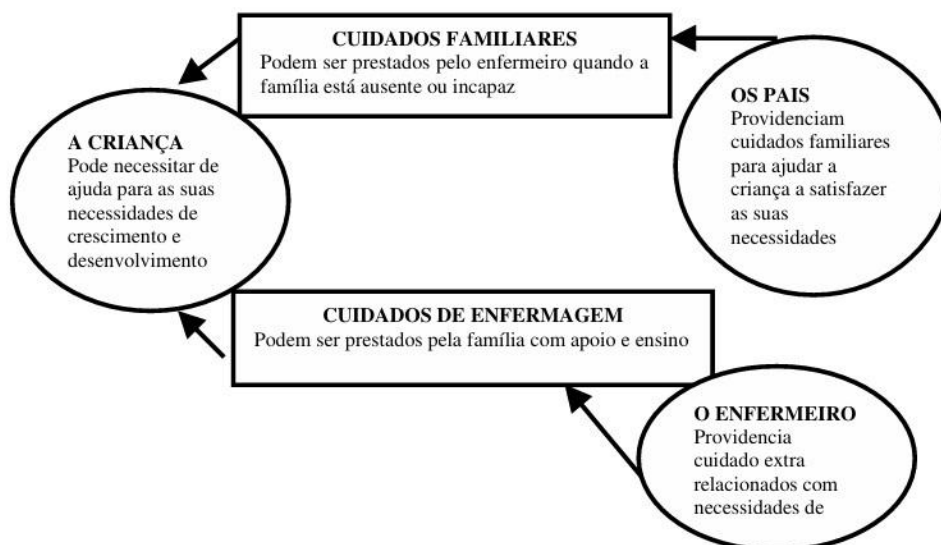


Figura 2 – Modelo de Enfermagem de Parceria nos Cuidados

Fonte: adaptado de Anne Casey (1993) por Ferreira, Manuela & Graça, Maria. (2016). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Millenium. https://www.researchgate.net/publication/238082802_Cuidar_em_parceria_subsidio_para_a_vinculacao_paisbebe_pre-termo

Esse modelo teórico de enfermagem defende que os pais são os melhores cuidadores que a criança pode ter, logo os enfermeiros devem promover, ensinar, instruir e treinar múltiplas estratégias aos pais e à criança/jovem, a fim de demonstrarem o conhecimento aprendido e serem capazes de satisfazer as necessidades exigidas pela sua hospitalização. É uma filosofia de cuidados centrados na família, em que o EEESIP deve entender os conhecimentos e as limitações dos pais na prestação de cuidados à criança, exigindo uma constante avaliação e negociação da responsabilidade das atividades desenvolvidas, em que na ausência de capacidades, os cuidados familiares serão também prestados pelos enfermeiros pediátricos (Casey, 1993 citado por Ferreira & Graça, 2016).

Como futura EEESIP devo “promover ou adequar o exercício da parentalidade aos vários contextos, estabelecendo com os pais uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da melhor adequação da gestão do regime da parentalidade” (OE, 2015).

Considera-se que foi possível integrar o modelo de parceria de cuidados, oferecendo empatia e apoio, apesar de ser um desafio constante, uma vez que existem obstáculos a serem ultrapassados mediante a família que encontramos, seja pela complexidade da situação clínica da criança, ou pelos relacionamentos entre os cuidadores e criança, por vezes conflituosos, tornando mais difícil o estabelecimento de relação terapêutica de confiança entre a equipa multidisciplinar e a família.

Assim, é fundamental a comunicação sincera e aberta, a reavaliação contínua das capacidades dos pais e renegociação dos cuidados, de forma a reduzir a ansiedade e desenvolver a autoconfiança dos cuidadores e da criança ao longo do internamento, promovendo a participação e tomada de decisão até ao momento da alta.

2.2 – Reflexão crítica da prática baseada na evidência

Ao longo destas três semanas tornou-se conhecida uma panóplia de diagnósticos médicos e cirúrgicos, característicos da população pediátrica, desde os 28 dias até aos 18 anos menos 1 dia. Era efetuada pesquisa bibliográfica acerca da patologia associada às crianças que estavam distribuídas por turno, a fim de perceber as necessidades fisiológicas e emocionais que poderiam advir. Desta forma, procurou-se dar resposta às competências do EEESIP, nomeadamente ao ponto “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (Portugal, Regulamento nº 422/2018, 2018).

Quanto às situações mais frequentes na pediatria médica, pude observar muitos casos de bronquiolite e miosite, causadas por vírus respiratórios como o rinovírus e influenza B respetivamente. Eram cumpridas as medidas de isolamento correspondentes, com material de proteção à entrada da enfermaria e realizados ensinamentos aos pais e as crianças acerca das medidas higiénicas para controlo de infeção de modo a evitar a propagação do vírus, tais como a etiqueta respiratória, lavagem ou desinfeção das mãos e uso de máscara.

Na criança com bronquiolite aguda internada devemos ter em consideração a avaliação dos seguintes parâmetros: frequência respiratória por minuto, impacto na alimentação e hidratação, presença de apneia, hipoxemia determinada por oxímetro de pulso, frequência cardíaca, estado de consciência, grau de dificuldade respiratória avaliada por tiragem, incapacidade para vocalização ou gemido e grau de ventilação apreciado pela excursão torácica

e auscultação pulmonar. A oximetria de pulso é monitorizada continuamente em casos de oxigenoterapia ou agravamento dos sinais de dificuldade respiratória, deixando de ser necessária aquando melhoria clínica. Na alta, estando garantida a capacidade da família para prestar os cuidados necessários, eram reforçados ensinamentos aos pais acerca das medidas de suporte a realizar no domicílio: desobstrução nasal com soro fisiológico nasal, elevação da cabeceira e ingestão hídrica (DGS, 2015).

A miosite viral é uma doença benigna e autolimitada, caracterizada por mialgia aguda, geralmente da região gemelar, e dificuldade em deambular após infeções das vias aéreas superiores. No internamento o vírus concomitante era influenza B, apesar de que esta síndrome pode ser causada por outros vírus como: influenza A, enterovírus, vírus da imunodeficiência humana, vírus da hepatite B e C e o vírus T-linfotrófico humano, herpes-vírus simples, Epstein-Barr vírus e citomegalovírus. Para além do painel respiratório, avaliava-se o nível sérico de creatinofosfoquinase, que se apresenta muito elevado em caso de lesão muscular (Pezzin et al., 2021).

Na pediatria cirúrgica, em cirurgias programadas, havia maioritariamente internamentos para adenoamigdalectomias, cujo acolhimento era feito na noite anterior ou na manhã do próprio dia, minimizando ao máximo o tempo de permanência em um ambiente estranho. Após a cirurgia, para além da monitorização dos sinais vitais, era importante a vigilância da hemorragia e posteriormente da tolerância alimentar (líquidos frios). Eram realizados ensinamentos aos pais e à criança acerca dos cuidados pós-operatórios com a analgesia, alimentação e exercício físico. Em todas as cirurgias eram entregues folhetos informativos acerca do procedimento e recuperação no momento da entrada ao serviço, para que se proporcionasse a exposição de dúvidas por parte dos pais.

Em qualquer situação de internamento, os pais apresentavam-se muito ansiosos face às queixas algícas e limitações que os filhos apresentavam, sendo necessário reforço nos ensinamentos acerca da etiologia da doença e da necessidade de dar tempo para a sua resolução, explicando as opções de tratamento, sem desvalorizar as queixas. O EEESIP deve ser capaz de orientar e capacitar o cuidador para lidar da melhor forma com a situação em prol do bem-estar físico e psicológico do latente/criança/adolescente doente. Se identificar necessidade de intervenção de outro profissional, deve realizar o encaminhamento, uma vez que é da sua competência mobilizar os recursos oportunamente, para cuidar da criança (e família) nas situações de especial complexidade, prestando cuidados de específicos em resposta às necessidades do seu ciclo de vida e de desenvolvimento (Portugal, Regulamento nº 422/2018, 2018).

Neste estágio não foi presenciada nenhuma situação de instabilidade que fosse necessária atuação de emergência, mas é de notar que nesses casos, a maioria das enfermarias apresenta um espaço muito reduzido para a mobilização dos profissionais e de equipamentos necessários para a estabilização da criança em situação crítica, principalmente quando o divã dos pais está aberto. No seguimento deste pensamento, algumas enfermeiras da equipa referiram a necessidade de existir uma enfermaria para alocação de doentes instáveis, que requerem vigilância contínua e espaço físico adequado para a colocação de equipamentos destinados à monitorização contínua ou ventilação não invasiva de alto fluxo, e também para a intervenção dos profissionais de forma a garantir a segurança de quem recebe e presta os cuidados.

Este serviço está localizado em um pavilhão a parte do pavilhão central do hospital, onde está localizada a urgência pediátrica e onde estão os pediatras que prestam apoio ao internamento em caso de necessidade. Uma desvantagem identificada em relação a outros serviços do hospital é a distância física entre o serviço de urgência pediátrica e o internamento de pediatria, uma vez que não há pediatra no internamento, este tem um longo caminho a percorrer até chegada ao local, e o tempo é um fator precioso em situações críticas.

A equipa de enfermagem tem o cuidado, sempre que possível, de alocar na mesma enfermaria cuidadores que sejam do mesmo sexo para evitar constrangimentos na privacidade dos mesmos, integrando assim uma visão holística da criança e da família, na tentativa de proporcionar uma experiência mais integrada e menos desagradável possível.

3 – Estágio em Neonatologia

Este estágio desenvolveu-se em um serviço de Neonatologia de uma ULS da Região Norte sob a tutoria de uma EEESIP e sob a orientação do professor Manuel Cordeiro.

3.1 – Objetivos específicos desenvolvidos

Para além dos objetivos gerais estabelecidos para o estágio de EEESIP no âmbito deste curso de mestrado, também foi possível cumprir outros objetivos importantes como compreender a dinâmica, organização e funcionamento do serviço de Neonatologia, assim como a sua estrutura física. Este serviço está subdividido em 2 espaços físicos separados apenas pelo corredor: a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN), com 12 incubadoras e 12 berços respetivamente, sendo que na UCEN existem 2 quartos de isolamento que podem ser utilizados por RN internados na UCIN. Há também 1 sala com cacifos para os pertences dos pais, 1 armazém de material clínico e farmacêutico, 1 copa para profissionais, 1 sala para convívio para os pais com máquina de café e televisão, 1 gabinete dos médicos do serviço, 1 gabinete da enfermeira gestora, 1 gabinete das técnicas auxiliares de saúde, 1 casa de banho para os pais, 1 casa de banho para profissionais, 1 sala destinada a limpeza e desinfecção de incubadoras e 1 sala com bombas de extração de leite para as mães. Estão escalados diariamente 8 enfermeiros por turno, que são distribuídos pela UCIN e UCEN de acordo com o número de doentes internados e grau de complexidade de cuidados necessários em cada ala.

Relativamente às visitas, era permitido a permanência de 2 acompanhantes (pai e mãe ou representante legal) das 9:00 as 22:00, com 2 intervalos de 1 hora às 13:30 e às 19:30, para organização do fim de cada turno pelos profissionais do serviço e para a passagem de turno, sem que houvesse interrupções das visitas. Duas vezes por semana, no turno da tarde é permitida a visita de uma pessoa significativa, durante 30 minutos. Também era solicitado aos pais a saída do serviço sempre que necessária realização de procedimentos mais invasivos (entubação endotraqueal ou reanimação cardiorrespiratória) e preparação/administração de medicação e alimentação parentérica para os RN internados, uma vez que o método de trabalho

utilizado era de equipa e a execução da técnica assética exige a colaboração de mais enfermeiros, possibilitando assim um ambiente menos propício a contaminação e interrupções.

Neste estágio cumpro 2 turnos na UCEN, em que os RN apresentavam-se mais estáveis, em berço, sem necessidade de suporte respiratório e apenas com monitorização da frequência cardíaca e saturação de oxigénio. Nessa unidade pude realizar ensinamentos aos pais acerca do banho do RN, cuidados com a pele, amamentação, extração e conservação de leite materno e preparação de leite artificial por biberão, adquirindo competências na capacitação dos pais para a prestação de cuidados, promovendo a autonomia e preparação para alta.

Na UCEN encontra-se o congelador de leite humano das mães dos RN internados e de dadoras, fornecido pelo Banco de Leite Humano do Norte localizado no Hospital de São João. O leite de dadora é recomendado quando não há possibilidade de administração de leite materno, com eficiência científica comprovada na progressão alimentar e na diminuição de complicações digestivas graves e de infeções em RN (ULS de São João, 2024).

Está instalado, em cada unidade, um sonómetro com sinalização luminosa que mede o som, alterando as cores para verde, amarelo e vermelho de acordo com a frequência detetada, de forma que se perceba quando é ultrapassado o nível de decibéis estipulados (luz amarela e vermelha) e se tomem medidas para diminuir o ruído.

As recomendações da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2018b) referem que “as condições acústicas da UCIN devem favorecer a comunicação verbal inteligível, um esforço vocal normal ou relaxado, privacidade nas conversas dos pais e profissionais, a estabilidade fisiológica e a não interrupção do sono” e que um nível de ruído superior a 45 decibéis é prejudicial e que sons transitórios não devem exceder 65 decibéis. Uma revisão de Santos et al. (2024) refere que valores de ruído entre 46 e 50 decibéis não devem ocorrer em mais de 10% do tempo em cada hora e o nível de pressão sonora máximo não deve exceder 65 decibéis, exceto em picos de ruído instantâneos.

Deve-se ter em atenção ao grau de estimulação neurosensorial, pois a carência ou o excesso da mesma podem prejudicar o neurodesenvolvimento e crescimento do RNP. Os efeitos fisiológicos do RN ao ruído variam desde: bradicardia ou taquicardia, aumento da pressão arterial, apneias, hipoxémia, alterações na saturação de oxigénio e aumento do consumo de oxigénio, que aumentam o risco de crescimento deficitário, padrões anormais de sono, défice auditivo, displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade, hemorragia periventricular, leucomalácia periventricular e atraso de desenvolvimento (SPN, 2018b).

A equipa multidisciplinar tinha o cuidado de silenciar os alarmes rapidamente e programar os parâmetros e volumes no mínimo necessário, manter os telemóveis em modo de silêncio, fechar cuidadosamente as portas das incubadoras de forma a não fazer barulho, ter atenção na conexão e desconexão das rampas de oxigénio e ar comprimido aos ventiladores e retirar frequentemente a água acumulada nos circuitos dos ventiladores. A passagem de turno é realizada numa ponta do serviço, a fim de estar mais afastada dos RN.

Uma sugestão de melhoria para a diminuição do ruído no serviço seria: o fecho silencioso das portas, armários, gavetas e caixotes de lixo, uma mesa de apoio para a colocação do biberão em vez de ser em cima da incubadora e a diminuição do tom de voz dos profissionais na troca de informação, quando estes se encontram a uma distância física considerável e sem que seja imprescindível a mesma.

Pude participar de uma formação dirigida aos pais “Massagem abdominal (cólicas)” com o objetivo de desmistificar um dos vários motivos do choro do RN e promover a autonomia e autoestima dos pais na resolução destas situações promotoras de stress no domicílio. O serviço de Neonatologia promove formações mensais, realizadas na sala dos pais, acerca das temáticas mais pertinentes e que originam mais dúvidas após a alta. É importante que os pais estejam clarificados e tenham oportunidade de expor as suas questões para que possam diminuir o nível de ansiedade quando já estão em casa, uma vez que nem sempre presenciam estas situações no internamento. São também entregues folhetos informativos sobre “Guia de acolhimento”, “Higiene e Vestuário”, “Prevenção de acidentes”, “Transporte seguro”, “Preparação de Leite Artificial”, “Extração, Conservação e Transporte de Leite Materno”, “Em casa...e agora?”, “Vigilância de Saúde”, “Contato pele a pele/Método Canguru” e “Prevenção de infeção respiratória no bebé”. Este projeto do serviço permite ao EEESIP cumprir o enunciado 5.2 “A promoção da saúde” dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através do “fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida à família, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (OE, 2017).

Para além dos objetivos acima conseguidos, propus-me a dois objetivos específicos, o objetivo 1: Desenvolver habilidades técnicas e de cuidado ao RN de risco, que foi concretizado através da prática aliada ao conhecimento dos equipamentos utilizados na UCIN (onde cumpri a maior parte do estágio), dos diagnósticos do RN internado e dos protocolos de atuação do serviço.

A unidade de neonatologia é o local onde se prestam cuidados de saúde, intensivos, intermédios ou especiais, aos RN que precisam de cuidados específicos neonatais, por problemas relacionados com o nascimento prematuro, anomalias congénitas ou com doenças adquiridas no período neonatal (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017).

O RNP é um bebé que nasce antes das 37 semanas de idade gestacional (IG), estando mais vulnerável às ações do meio extrauterino devido à imaturidade dos seus órgãos e sistemas tais como: respiratório, neurológico, cardiovascular, hematológico, nutricional, gastrointestinal, metabólico, renal, termorregulador, imunológico e oftalmológico (Smith, V., 2019). A World Health Organization (WHO, 2015) refere que “as complicações decorrentes da prematuridade são a principal causa de morte neonatal e a segunda principal causa de morte entre as crianças menores de 5 anos”.

As incubadoras são o ambiente mais próximo do meio intrauterino que o RN irá encontrar após o nascimento, pois irá permitir a regulação térmica com o mínimo consumo de oxigénio e a diminuição de perda insensível de água (Smith, V., 2019). Essa instabilidade térmica deve-se à incompetência do centro termorregulador, à maior superfície corporal em relação ao peso, à insuficiência de tecido adiposo subcutâneo e de gordura castanha que dificulta a produção de calor (Freitas, A. et al, 2004). O RNP apresenta um estrato córneo mais fino que os RN de termo, o que significa que as suas principais funções de conservação da água corporal e barreira de proteção são ineficazes (Freitas, A. et al, 2004).

A incubadora deverá estar pré-aquecida, inicialmente com temperatura programada para 37°C (máximo) e posteriormente ajustada de acordo com a temperatura corporal do RN, avaliada através de um sensor aplicado na pele com sistema servo controlo, geralmente na região hepática, afastado das zonas de gordura castanha (Freitas, A. et al, 2004). A incubadora apresenta uma balança incorporada que permite a pesagem do RN e um sensor de percentagem da humidade presente, que é ajustado conforme a IG do RN, sendo que acima das 30 semanas não é necessária. Próximo à incubadora teremos monitores cardiorrespiratórios conectados aos eléctrodos para monitorização da frequência cardíaca e respiratória, oxímetro de pulso e braçadeira para avaliação de tensão arterial. Podemos também encontrar bombas de infusão, aparelhos de seringas elétricas, sistema de vácuo com aspirador, manómetro até 15 litros para administração de oxigénio e ventiladores invasivos e não invasivos. O protocolo de desinfeção das incubadoras exigia que estas fossem trocadas de 7 em 7 dias, assim como os dispositivos respiratórios.

A nível de técnicas, foi aperfeiçoada a aspiração de secreções da orofaringe, intubação de sonda orogástrica e administração de leite por gavagem. Houve oportunidade de contactar com ventiladores invasivos e não invasivos, ganhar destreza no posicionamento do RN para alternância de decúbitos e cuidados com a pele na prevenção de úlceras de pressão, observar a colocação de cateter epicutâneo central e administração de surfactante por via endotraqueal. A administração de terapêutica exige a máxima atenção, uma vez que são necessários cálculos para as dosagens prescritas, além de toda técnica asséptica envolvente na sua realização.

Os RN assistidos durante o estágio apresentavam diagnósticos como: taquipneia transitória do RN, síndrome de dificuldade respiratória neonatal precoce, pneumotórax e atresia esofágica com fístula traqueoesofágica (submetido à laqueação da fístula traqueoesofágica e anastomose esófago-esofágica). A maior parte dos RN internados necessitavam de ventilação não invasiva, que se define como “todo o método ventilatório em que uma pressão positiva é aplicada à via aérea do paciente através de interfaces nasais, geralmente prongs binasais ou máscaras, sem a utilização de Intubação Traqueal” e tem como objetivo melhorar as trocas gasosas e a capacidade residual funcional através da diminuição de áreas de atelectasias e do recrutamento alveolar, diminuindo o trabalho respiratório e as necessidades de oxigénio suplementar, prevenindo o colapso e obstrução da via aérea e reduzindo os episódios de apneias e bradicardia (SPN, 2014). Esta era realizada através de diversos tipos de ventiladores, sendo os mais contactados por mim apenas 2: Pressão positiva contínua das vias respiratórias (CPAP) e oxigénio humidificado por cânula nasal de alto débito (CNAF). O CPAP designa-se por um “modo ventilatório não invasivo/nasal que permite manter uma pressão positiva continua nas vias aéreas durante a expiração e a inspiração” e o CNAF é uma “mistura de oxigénio com ar aquecido e humidificado a um fluxo superior a 1 litro por minuto (considerado alto fluxo) administrado por cânula nasal” (SPN, 2014). A OMS (2015) recomenda o uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas para o tratamento da síndrome do desconforto respiratório em RNP.

Relativamente ao objetivo 2: Colaborar com a realização do Método Canguru/Contato pele a pele, foi definido a fim de dar resposta às competências de EEESIP descritas no Portugal, Regulamento nº 422/2018 (2018): “E 3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contato físico pais/RN”, “E 3.2.5. Promove a amamentação” e ao enunciado “5.4 O bem-estar e o autocuidado” dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017) através da “implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais”.

O Método Canguru (MC) consiste na colocação do RN despido com fralda, gorro e meias, em posição vertical, de frente entre os seios da mãe, pai ou outro cuidador para contato pele a pele (CPP). A cabeça do RN deve estar virada para um dos lados, em posição ligeiramente estendida, evitando a flexão e a hiperextensão. A anca deve estar fletida e em abdução numa posição de “rã”; os braços também devem estar fletidos e o abdómen do RN ao nível do epigastro da mãe. A faixa que segura o RN deve estar justa na zona por baixo das nádegas do RN e na parte superior logo abaixo da orelha, de forma a que o RN não escorregue e a mãe possa se levantar, mantendo ambos em segurança (WHO, 2003).

Este método foi desenvolvido em 1978 por Rey e Martinez e aplicado em RNP no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia, com objetivo de reduzir a mortalidade neonatal, causada por hipotermia devido à escassez de incubadoras, elevadas taxas de infeções pela partilha de incubadora por 2 ou mais RN e abandono pelos pais devido à falta de vínculo, potenciado pelos internamentos prolongados (Alves, F. et al, 2020; WHO, 2003; WHO 2023). Após décadas de implementação e investigação está demonstrado que este método é eficaz para o controlo térmico, amamentação e vinculação em todos os RN, independentemente do ambiente, peso, IG e condições clínicas (WHO, 2003).

Desde 2015 o MC era recomendado apenas a RN internados com peso inferior a 2000 gramas e clinicamente estáveis, no entanto, em 2022 a WHO divulga orientações atualizadas para os cuidados ao RNP ou de baixo peso ao nascimento, que incluem entre outras alterações, 2 relativas à aplicabilidade do MC. Estas recomendações estão divididas em 3 categorias: Cuidados preventivos e promocionais (16 recomendações); Cuidados com complicações (6 recomendações) e Envolvimento e apoio da família (3 recomendações e 1 declaração de boas práticas). A recomendação relativa ao MC subdivide-se em 2 e estão inseridas na categoria Cuidados preventivos e promocionais (WHO, 2022).

A primeira recomendação corresponde a uma atualização da aplicação do MC quanto à população-alvo, ao local e à duração, ou seja, define que este método seja destinado a RNP (IG inferior a 37 semanas) e de baixo peso ao nascer (peso inferior a 2500 gramas) como cuidados de rotina, que possa ser iniciado em um estabelecimento de saúde ou em casa e durante o mínimo de 8 horas até ao máximo de horas do dia possível. A segunda recomendação corresponde a uma nova indicação acerca do MC imediato, isto é, deve ser iniciado nas primeiras 24 horas de vida, em casa se o RN não apresentar sinais de perigo ou nas unidades de saúde antes de se apresentar clinicamente estável, mas com monitorização da frequência cardíaca, respiração, temperatura, cor e saturação de oxigénio (WHO, 2022).

O MC é então descrito no documento de posição global da WHO (2023), como o CPP, contínuo e prolongado (8 a 24 horas por dia) entre o RNP ou de baixo peso ao nascer, saudável ou doente, e a mãe ou outro cuidador (se mãe indisponível), iniciado imediatamente após o nascimento no hospital ou em casa, a menos que o RN apresente incapacidade em respirar espontaneamente após reanimação, esteja em choque ou com necessidade de ventilação mecânica, com suporte à amamentação exclusiva ou alimentação com leite materno. Não deve ser confundido com o CPP recomendado a todos os RN na primeira hora de vida.

Para além das vantagens do MC descritas pela WHO (2022) como: diminuição da mortalidade, infeção e hipotermia, ganho de peso e aumento da taxa de amamentação, também possibilita à mãe/cuidador assumir o papel central nos cuidados do RN, humanizando os cuidados neonatais e empoderando os pais na participação da saúde e bem-estar do RN.

Na UCIN foi possível colaborar com a realização do MC, em RNP com pressão positiva contínua nas vias aéreas, mas com tempo total diário inferior a 8 horas, uma vez que não era possível a permanência dos pais 24 horas, por falta de condições logísticas, ao contrário do que é preconizado pela WHO (2022). Os RN eram colocados ao peito da mãe ou do pai e apresentavam gorro, sem meias e eram fixados com lençol ao peito dos pais, que estavam sentados em cadeirões reclináveis. Para cumprir com todas as recomendações da WHO (2022), deveriam ser colocadas meias e serem fixados com uma faixa.

Relativamente a sugestões para o serviço que vão de acordo com as recomendações da WHO (2022), aconselha-se o registo clínico da duração do MC por dia para a possibilidade de estudos futuros e a realização de visitas domiciliárias para que as mães/família possa continuar o MC após a alta.

Os profissionais de saúde, especialmente o EEESIP, deve prestar o apoio necessário para a concretização do MC, tanto em enfermarias pós-natais, quanto em cuidados neonatais especiais e intensivos, uma vez que desta forma é possível favorecer os vínculos entre os pais e o RN, pois diminui o tempo de separação entre eles, além de promover a calma e o relaxamento das díades, aumentando a confiança dos pais e possibilitando maior competência na prestação de cuidados ao seu filho (OE, 2019; WHO, 2022).

Este objetivo desencadeou o interesse em perceber a aplicação deste método em enfermarias de cuidados pós-natais, dado os imensos benefícios evidenciados em investigações por todo o mundo. As vantagens estão comprovadas não só para o RN, mas também para a mãe, a nível físico na recuperação pós-parto e psicológico relacionado com a vinculação. Enquanto

enfermeira no serviço de Obstetrícia e futura EEESIP, existe grande responsabilidade na promoção da amamentação exclusiva, sendo o CPP e o MC grandes promotores da concretização desta prática.

Entendo desta forma, ter encontrado uma questão delimitadora para a investigação no âmbito da aquisição do grau de Mestre e EEESIP.

3.2 – Reflexão crítica da prática baseada na evidência

Ao longo destas quatro semanas foi conhecida uma realidade muito distinta da que estava habituada enquanto enfermeira no serviço de Obstetrícia, uma vez que esta área de atuação profissional abrange apenas RN PTT e de termo (IG acima das 34 semanas), com peso ao nascimento habitualmente acima de 2000 gramas, estáveis e sem necessidade de vigilância/monitorização contínua de sinais vitais. Neste estágio procedeu-se à observação de prestação de cuidados a RN extremamente prematuros (IG abaixo das 28 semanas) e de extremo baixo peso (peso ao nascimento inferior a 1000 gramas) (WHO, 2022).

Foi presenciada uma situação de reanimação cardiopulmonar a um RN extremamente prematuro, por quadro de hipoxia e bradicardia, após algumas tentativas de intubação endotraqueal com vídeo-laringoscópio para a administração de surfactante. Durante a realização desta técnica, o RN permanece sem suporte ventilatório não invasivo, levando à descida da saturação de oxigénio. Verificou-se um ambiente calmo e organizado, cumprindo as recomendações da SPN (2018b) que menciona que “a intervenção de redução do som deverá iniciar-se ao nascimento e ser implementada durante a reanimação, transporte e durante o internamento na UCIN”. Posteriormente à estabilização dos sinais vitais do RN, foi concretizada a administração de surfactante. A OMS (2015) recomenda a administração de surfactante exógeno (origem animal ou sintético) para RN intubados e em ventilação mecânica com síndrome do desconforto respiratório, nas primeiras 2 horas após o nascimento. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014) indica na Norma nº 012/2012: “Prescrição de Surfactante Pulmonar na Síndrome de Dificuldade Respiratória do Recém-nascido”, que:

1. A administração de surfactante pulmonar está indicada nos recém-nascidos (RN) pré-termo entubados e ventilados com evidência de síndrome de dificuldade respiratória (SDR) por défice de surfactante (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I) (1,13,14,15,16).

2. A administração profilática de surfactante pulmonar aos RN pré-termo (idealmente nos primeiros 30 minutos de vida) está indicada se a idade gestacional (IG) for inferior ou igual a 26 semanas (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I) (1,13,14,15,16).
3. Os RN pré-termo submetidos a ventilação não invasiva (VNI), como método inicial de suporte respiratório, devem receber terapêutica seletiva com surfactante pulmonar nas primeiras 12 horas de vida, idealmente nas primeiras 2 horas de vida, se apresentarem sinais clínicos e radiológicos compatíveis com SDR e um dos seguintes (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)(1,8,9,10,11): a) Necessidades crescentes de oxigênio (FiO₂ superior ou igual a 40-50%) para SpO₂ alvo adequadas à IG; b) Acidose respiratória com pH.

Não obstante dos cuidados prestados, era igualmente importante o registo dos mesmos e de toda a informação clínica obtida no turno, de forma a garantir a continuidade dos cuidados e a avaliação de resultados pela equipa multidisciplinar. Um dos aspetos mais importantes a considerar na monitorização contínua da evolução do RN é a avaliação da dor, que é crucial para o ajuste dos cuidados, tendo em vista a maximização do seu desenvolvimento. Batalha (2016) refere que os indicadores da dor no RN manifestam-se através de:

- Expressão facial: “sulcos acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, sulco nasolabial, contractura e abertura boca, tremor do queixo, face cianosada com choro, grito e lágrimas, língua tensa ou protusa, olhos fechados e fossas nasais largas e salientes”;
- Expressão corporal: “agitação (membros em flexão e extensão ou membros fixos em extensão, hipertonia e punhos cerrados), prostração (motricidade pobre com movimentos pouco amplos) e atitude antiálgica”;
- Modificações no comportamento: “sono agitado com despertar frequente, irritabilidade e consolabilidade difícil, agitação ao contacto, diminuição da interacção, indiferença à estimulação, prostrado e sucção contínua e exacerbada apenas interrompida pelo choro”;
- Sinais físicos: “cianose, palidez, hipoxia, polipneia, taqui ou bradicardia e hipertensão arterial”.

Os RNP têm respostas à dor menos evidentes que os de termo, como choro e caretas mais suaves, hipotonia e postura flácida sem reação, pelo que os profissionais de saúde devem ter um olhar mais crítico sobre eles (Batalha, 2016).

Assim, eram utilizadas as escalas seguindo a Orientação nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças da DGS (2010): *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* para RNP e de termo, ventilados ou não, em UCIN; *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* para RN em ventilação assistida e *Neonatal Infant Pain Scale* para dor aguda em procedimentos dolorosos, exceto para RN entubados (Batalha, 2016). A dor era avaliada de forma regular e sistemática, de acordo com o estado clínico do RN, mas no mínimo de 6 em 6 horas. Conforme a pontuação obtida através das escalas, era possível estratificar a intensidade da dor em 5 graus: sem dor, dor ligeira, moderada, intensa e muito intensa. Para dor moderada era necessário recorrer à intervenção farmacológica, sempre acompanhada da abordagem não farmacológica. Este recurso permite ao EEESIP garantir “a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e aplicar “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor” (Regulamento nº 422/2018 ,2018).

Como referido na Orientação nº 024/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos RN (0 a 28 dias) da DGS (2012), “O controlo eficaz da dor é um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos RN, não só do ponto de vista ético, mas também pelas implicações no neurodesenvolvimento.” Portanto, para que a dor e o desconforto do RNP ou de termo seja avaliada, tratada e prevenida adequadamente, foi realizado um protocolo de orientação clínica da responsabilidade do diretor clínico da Unidade de Neonatologia, designado “Sedação e Analgesia na UCIN”. Neste protocolo podemos encontrar, entre outras informações, a descrição da abordagem não farmacológica na prevenção da dor em procedimentos dolorosos, no tratamento da dor ligeira e associadas a intervenções farmacológicas para controlo da dor moderada a intensa, que se apresentam descritas na Tabela 3.

Tabela 3 – Intervenções não farmacológicas para o controlo da dor

ESTRATÉGIAS	INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS
Ambientais	Redução do ruído; Proteção da luz intensa; Promoção de ciclos dia/noite.
Comportamentais	Planificação de cuidados/manipulação mínima; Espaçamento entre procedimentos dolorosos; Minimização de procedimentos invasivos, que devem ser efetuados por profissionais experientes; opção pelos menos dolorosos.
Específicas	Presença e participação parental; Amamentação e MC; Sução: não nutritiva, com leite materno ou sacarose a 24%; Estímulos sensoriais táteis (técnica de contenção, movimentos suaves, toque, colo); Estímulos sensoriais auditivos (voz, música); Suporte postural e posicionamento em flexão.
Sacarose a 24%	Administração via oral, porção anterior da língua; Dosagem: 24-26 semanas: 0,1ml; 27-31 semanas: 0,25-0,5ml; 32-36 semanas: 0,5-1ml; acima das 37 semanas: 1-2ml;

Início de ação: 2 minutos;
 Nota: Solução hiperosmolar. Risco de aspiração.

Pude verificar e participar desta abordagem tão importante para os RN, que permite por vezes, não recorrer a fármacos analgésicos, prevenindo possíveis efeitos adversos, dada a elevada frequência de procedimentos dolorosos a que são submetidos em uma UCIN. Como indica a DGS (2012) na Orientação nº 024/2012 “as intervenções sensoriais constituem a primeira linha de prevenção e tratamento, reservando-se a intervenção farmacológica sobretudo para a dor de intensidade moderada a grave ou persistente”, pelo que se apresenta na Figura 3 as suas recomendações para procedimentos *minor*.

Intervenção	Modo de aplicação	Observações
Amamentação	Colocar o recém-nascido à mama antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.	A amamentação combina a sucção, o contacto materno e o preenchimento gástrico. A redução das respostas de dor parece ser mediada pelo sistema opioide endógeno
Canguru materno	Colocar o recém-nascido, pelo menos 15 minutos antes do procedimento, em contacto ventral pele a pele com o peito da mãe, usando apenas fralda, cobrindo-o com a roupa desta e/ou cobertor.	O contacto materno pele-a-pele é uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo
Sucção não nutritiva	Oferecer a chupeta como medida terapêutica aos recém-nascidos com idade gestacional superior a 30 semanas	A estimulação orotátil é potente, sendo autorregulada pelo recém-nascido Deve ser reservada aos recém-nascidos doentes e que já utilizam chupeta
Contenção com lençol ou contenção manual	Envolver o recém-nascido num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como <i>swaddling</i> . A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do recém-nascido mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como <i>facilitated tucking e containment</i> .	A contenção destina-se a promover a autorregulação, a evitar a desorganização motora e a facilitar a aproximação da mão à boca favorecedora da sucção e autoconsolo.
Glicose a 30% (disponível em ampolas) ou Sacarose a 24% (preparação em farmácia hospitalar)	Administrar solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, ou molhando a chupeta na solução (volume estimado é 0,1-0,2ml), 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml. Doses máximas/procedimento: 27-31 semanas de IG:0,5 ml 32-36 semanas de IG:1 ml Recém-nascidos de termo: 2 ml Frequência máxima de 4 tomas no prematuro; 6 tomas no RN de termo	A redução das respostas de dor resulta da estimulação oro-gustativa, que parece ativar o sistema opioide endógeno, e não da absorção da solução. Em recém-nascidos entubados e conscientes, a administração, ponderada caso a caso, é feita por seringa, gota a gota, sobre a língua, vigiando a tolerância. A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos devem ser sempre registados no processo clínico. A solução de sacarose deve ser conservada no frio durante um período não superior a 1 semana

Figura 3 – Intervenções sensoriais para controlo da dor

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientação n.º 024/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. https://spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_024.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf

Para além de todas as intervenções que os profissionais de saúde podem oferecer, não devemos esquecer da família, que presencia com angústia esses momentos de dor vividos pelo RN durante o internamento. Devemos proporcionar um ambiente acolhedor e de assistência, envolvendo sempre que possível os pais para a participação das estratégias de alívio da dor. Os pais eram instruídos a falarem e/ou cantarem para os RN em tom de conversação baixo e observarem as reações dos bebés aos sons para que fosse otimizada a sua presença junto do filho(a). A SPN (2018b) aconselha oferecer um estímulo sensorial de cada vez (estímulo auditivo, visual ou táctil ou vestibular) de forma a evitar a sobrecarga sensorial do RN.

Importa referir neste contexto ambiental da UCIN, a relevância dos modelos dos cuidados centrados no desenvolvimento e dos cuidados centrados na família.

a. Os cuidados centrados no desenvolvimento do RN para Ferraz et al (2022), traduzem-se “em práticas sistematizadas, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança, e adequadas às necessidades individuais de cada RNP/Família” com vista à melhoria clínica a nível fisiológico, comportamental e neurológico. Ferraz et al (2022) descreve as 5 medidas do modelo Universo de Cuidados de Desenvolvimento que respondem às necessidades holísticas da díade RN/família:

1. Ambiente terapêutico, que inclui o ambiente físico, humano e organizacional, os quais influenciam a qualidade e consistência dos cuidados;
2. Prevenção, avaliação e gestão da dor e stress, dada a vulnerabilidade do RNP para a dor e stress e as implicações destes aos níveis físico, psicológico e comportamental;
3. Proteção do sono, pois o sono desempenha um papel crítico no desenvolvimento sináptico, aprendizagem e memória;
4. Atividades de vida diária adequadas à idade, que incluem o apoio ao posicionamento, a alimentação do RN e os cuidados à pele pois estas atividades afetam variáveis fisiológicas, o sono, a mobilidade funcional das articulações, o processamento sensorial e o neurodesenvolvimento do RNP;

5. Cuidados centrados na família, dado que o papel da família na vida do RNP é insubstituível e tem impacto, a curto e a longo prazo, nos eventos fisiológicos e psicoemocionais do mesmo.

Os cuidados centrados na família têm por base a ideia de que a família também deve ser cuidada, com o objetivo de preservar e fortalecer os vínculos e papéis familiares, ao mesmo tempo em que se busca manter a rotina familiar o mais próxima possível da normalidade (Cardoso, 2010 citado por Apolinário, M., 2012). Em Neonatologia, é essencial reconhecer a importância da família na vida do RN, oferecendo apoio profissional a ambos através do envolvimento, participação e parceria nos cuidados, fundamentados na capacitação das famílias e no processo de negociação. As capacidades da família são reconhecidas, valorizadas e incorporadas no planejamento e realização dos cuidados, transformando-a de um papel passivo para um papel ativo e integrado no tratamento, recebendo orientações e treino para participar ativamente em todo o processo durante o internamento (Pedro, 2009 citado por Apolinário, M., 2012).

Relativamente à experiência neste estágio, posso assumir que foram cumpridas as medidas preconizadas em ambos os modelos para a prevenção de danos fisiológicos e comportamentais que o RNP pode apresentar a curto prazo e manifestar a longo prazo, como: dificuldades na aprendizagem, déficit de atenção e hiperatividade, alterações visuais/auditivas, distúrbios de linguagem, perturbações emocionais/comportamentais e déficit de autoestima (Ferraz et al, 2022). A única vertente que julgo necessitar de melhoria relaciona-se à frequência da visita médica, que não coincidia com a prestação dos cuidados, interrompendo o período de descanso do RN. Os médicos eram alertados para esse fato e a maioria cumpria a recomendação, protelando a sua observação para a próxima hora de cuidados de enfermagem agrupados.

Parte II – Estudo de Investigação

4 – Enquadramento Teórico

Este relatório inclui uma *scoping review* cujo tema designa-se “Vantagens da Implementação Precoce e Continuada do Método Canguru”, pelo que se descreve a justificação da relevância desta revisão, considerando o estado da arte existente e a prática clínica desenvolvida durante o estágio de Neonatologia.

Segundo a WHO (2003), o MC é uma abordagem fácil e eficaz que visa promover o desenvolvimento físico e emocional do RN, principalmente aqueles que nasceram prematuros ou com BPN, através do CPP, preferencialmente com a mãe. A evidência até à data mostrou que este método aplicado pelo menos 8 horas por dia, em instalações de saúde ou na comunidade, reduz a mortalidade neonatal em 32% às 40 semanas de idade pós-menstrual ou aos 28 dias de idade, demonstrando magnitude semelhante em diferentes IG (≤ 34 semanas e até 36 semanas) e categorias de peso ao nascimento (≤ 2000 gramas e até 2499 gramas). Também se verifica redução de 15% do risco de infeção grave/sépsis até ao último seguimento e de 68% no risco de hipotermia na alta ou aos 28 dias de vida, em comparação com cuidados convencionais ao RNP. Além de promover a amamentação exclusiva e maiores ganhos no crescimento infantil, traz benefícios à saúde física e mental das mães, reforçando o apego/vínculo entre mãe e bebé (WHO, 2023).

O RNP tem uma IG inferior às 37 semanas, e estão subdivididos em 4 categorias: prematuros tardios (IG entre 34 semanas e as 36 semanas e 6 dias), muito prematuros (IG inferior às 32 semanas) e extremamente prematuros (IG inferior às 28 semanas). Os RN de BPN estão divididos em 3 categorias: BPN (peso ao nascer inferior a 2500 gramas), muito BPN (peso ao nascer inferior a 1500 gramas) e extremo BPN (peso ao nascer inferior a 1000 gramas) (SPN, 2018c; WHO, 2022).

Os RNP e BPN têm uma incidência maior de problemas cognitivos, neuromotores, neurosensoriais e de alimentação que os RN de termo, associada à imaturidade de todos os sistemas de órgãos (respiratório, neurológico, cardiovascular, hematológico, nutricional, gastrointestinal, metabólico, renal, termorregulador, imunológico e oftalmológico), que pode resultar em má adaptação à vida extrauterina (Smith, V., 2019; Turnage, C & Papille, L., 2019). Os RN com BPN incluem RNP e RN pequenos para a IG (abaixo do percentil 10 do peso ao nascer para a IG). Mais de 80% da mortalidade neonatal mundial corresponde a RN de BPN,

dos quais dois terços são RNP e um terço são pequenos para a IG. Pelo que se torna fundamental a investigação nesta área, com vista à diminuição da mortalidade e morbidade, principalmente em países de baixo e médio rendimento (sul da Ásia e África Subssariana), onde ocorrem mais de 90% dos nascimentos de RN de BPN e conseqüentemente de mortes neonatais (WHO, 2023).

A maioria destes RN necessitam de internamento prolongado em UCIN, estando sujeitos ao comprometimento do seu neurodesenvolvimento, relacionados com o ambiente físico do serviço, quer pelo elevado nível de ruído, iluminação intensa, sensações dolorosas frequentes, padrão de sono inadequado, sedação, separação materna e restrição de acesso aos pais ou cuidadores. Assim, o MC torna-se uma alternativa eficaz, não só para os locais do mundo onde os cuidados de saúde são precários e a tecnologia sofisticada e dispendiosa de uma UCIN não está disponível, mas também para a minimização dos danos no seu desenvolvimento global e neurosensorial. Podendo assim diminuir o tempo de internamento, reduzir os custos financeiros para a família e para o hospital e aumentar a chance de sobrevivência dos RN (Cortés et al., 2022; SPN, 2018a).

A proposta do MC surgiu em 1978, na Colômbia, e foi idealizada pelos médicos Hector Martinez e Edgar Rey, frente à escassez de incubadoras e recursos hospitalares, de forma a garantir o cuidado adequado a RNP em contextos com limitações estruturais, reduzindo a mortalidade neonatal, causada por hipotermia e infeções, focando na importância do vínculo afetivo e do contato físico entre mãe e bebé para evitar o abandono pelos pais e internamentos prolongados. Desde então, diversos estudos demonstraram os benefícios do método, que vai além do simples contato físico, incorporando também o suporte emocional e psicológico da mãe, pai ou outros cuidadores. (Alves, F. et al, 2020; WHO, 2003; WHO 2023).

Em 2022, a WHO atualizou orientações acerca dos cuidados aos RNP e de BPN prestados em qualquer unidade de saúde ou ambiente comunitário, desde o nascimento até aos 24 meses de idade, tendo alterado algumas características da aplicabilidade do MC, até então recomendado apenas a RN internados com peso inferior a 2000 gramas e clinicamente estáveis. Nesta *guideline* podemos encontrar 25 recomendações, das quais 11 são novas e 14 atualizadas, e a realização de uma declaração de boas práticas para licença e direitos parentais. Estas recomendações subdividem-se em 3 âmbitos: Cuidado preventivo e promocional (16 recomendações), Cuidado com complicações (6 recomendações) e Envolvimento e apoio da família (3 recomendações) (WHO, 2022).

Relativamente ao MC, podemos encontrar 2 recomendações (uma atualização e uma nova) inserida no âmbito dos cuidados preventivos e promocionais. A recomendação atualizada

refere-se à aplicação deste método como cuidados de rotina a todos os RNP ou de BPN, iniciado em um estabelecimento de saúde ou em casa, durante o mínimo de 8 horas até ao máximo de horas do dia possível. A nova recomendação indica que o MC deve ser iniciado o mais cedo possível após o nascimento, ou seja, idealmente nas primeiras 24 horas (MC imediato), em casa se o RN não apresentar sinais de perigo ou nas unidades de saúde antes deste se apresentar clinicamente estável, exceto se não respirar espontaneamente após reanimação, estiver em choque ou necessitar de ventilação mecânica. É importante ressaltar que o RN deve estar monitorizado, sempre que possível, na realização do MC imediato, se a mãe não estiver disponível, o MC pode ser efetuado pelo pai ou outros membros da família escolhidos e o RN deve ser fixado firmemente ao peito da mãe com uma faixa que garanta a desobstrução das vias aéreas (WHO, 2022).

Em 2023, a WHO reforça a importância desta prática através da publicação de um documento de posição global, em que descreve as suas principais características:

- CPP precoce, contínuo e prolongado entre mãe e bebé (pelo menos 8 horas por dia);
- Para RNP ou de BPN, saudáveis ou doentes;
- Com apoio ao aleitamento materno exclusivo (idealmente);
- Vigilância no domicílio após a alta (WHO, 2023).

O MC não deve ser confundido com o CPP durante a primeira hora de vida, que é recomendado a todos os RN de IG acima das 35 semanas com tónus, respiração e cor adequados. (SPN, 2023; WHO, 2023). O CPP após o nascimento consiste na colocação do RN em decúbito ventral, com cabeça em rotação para o lado e pescoço em posição neutra, com o nariz e boca visíveis e desobstruídos, em contacto direto com o peito da mãe, despido e seco, coberto por toalha aquecida e um gorro na cabeça, as extremidades em semi-flexão (indicador de tónus adequado), desde que apresente boa adaptação à vida extrauterina, sem necessidade de intervenção médica imediata. A mãe deve ter o tronco ligeiramente inclinado e o profissional deve supervisionar a mãe e corrigir um posicionamento inadequado no pós-parto imediato aos 30, 60, 90 e 120 minutos. (SPN, 2020; SPN, 2023). É designado CPP imediato quando é iniciado nos primeiros 10 minutos após o nascimento e precoce se ocorrer até às primeiras 23 horas de vida. Deve ser continuado sem interrupções por pelo menos 60 minutos, para “benefícios na regulação da temperatura, promoção da vinculação e início precoce da amamentação, com diminuição da dor e hemorragia maternas” (SPN, 2020; SPN, 2023).

No entanto, na realização da pesquisa sobre este tema, foram encontrados alguns estudos que denominam o MC para RN com IG acima das 37 semanas, pelo que não se considera ser o termo mais correto a aplicar, de acordo com a definição de WHO (2023). Assim, irei designar de CPP quando este método for aplicado a RN de termo, uma vez que o estudo de investigação abrange este conceito e incide não só em RNP, mais especificamente PTT, como também em RN de termo.

Segundo a SPN (2018c), os RN PTT requerem uma vigilância mais rigorosa nas primeiras 24 horas de vida, pois podem apresentar as vulnerabilidades já descritas dos RNP e uma adaptação à vida extrauterina mais lenta, entre 1 a 12 horas após o parto. As taxas de reinternamento hospitalar são superiores que nos RN de termo, principalmente nas primeiras duas semanas após a alta devido à icterícia, dificuldades na alimentação, ganho ponderal insuficiente, desidratação, apneia e infeções, tornando-se crucial um acompanhamento eficaz destes RN quando alocados em enfermarias obstétricas, pois não usufruem da mesma monitorização implícita em Neonatologia.

Este assunto motivou a busca de evidência científica e a concretização de uma *scoping review*, no sentido de perceber o que é possível mapear acerca das vantagens do MC precoce e continuado em RN PTT e de termo saudáveis, em contexto de enfermaria pós-natal e domicílio. Considerando que exerço enfermagem em um internamento de Obstetrícia, estes RN são população-alvo do serviço, sendo da minha responsabilidade promover um ambiente propício ao seu melhor desenvolvimento. Esta temática é abordada, sobretudo em regime de internamento em Neonatologia (UCIN e UCEN), ou por outro lado, são encontrados estudos acerca do CPP na primeira hora de vida em sala de partos, dada as imensas vantagens que são necessárias ser aproveitadas pelos RN neste momento específico e importante como o do seu nascimento. Posto isto, a pesquisa foi orientada para um contexto não muito proferido, tendo em vista superar expectativas, não só pelo reforço dos benefícios que se verificam em RNP, como através de novas descobertas acerca das vantagens a curto e longo prazo para RN PTT e de termo. No fim deste estudo espero poder promover esta prática no meu local de trabalho, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados à díade mãe/RN.

A teórica de enfermagem que mais se adequa ao MC é a Teoria da Parceria de Cuidados de Anne Casey, já abordada acima na Parte I deste relatório (Estágio de Pediatria). Este modelo é considerado muito pertinente no contexto dos cuidados neonatais, principalmente na aplicação do MC, uma vez que este método implica uma parceria ativa entre a mãe e os profissionais de saúde, com vista ao sucesso dos cuidados ao RN de risco. No MC, os pais

(principalmente a mãe) desempenham um papel ativo e essencial no cuidado direto ao RN (como o contato pele a pele e a amamentação), enquanto os enfermeiros atuam como facilitadores, oferecendo suporte contínuo e encorajamento, promovendo a autonomia dos cuidadores e ao mesmo tempo a relação terapêutica de confiança. A teoria também enfatiza a importância de educar os pais para que possam tomar decisões informadas sobre o cuidado de seus filhos, estimulando a confiança e o empoderamento destes no processo de cuidado. Para além disso, o MC promove o vínculo entre mãe/pai e RN, sendo fundamental o papel do enfermeiro no fortalecimento da relação afetiva entre eles (Casey, 1993 citado por Ferreira & Graça, 2016).

A temática escolhida é pertinente e atual no desempenho do EEESIP, em todas as áreas de atuação dos cuidados pediátricos, pois permite cumprimento das suas competências descritas no Portugal, Regulamento nº 422/2018 (2018) e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao RN/criança e família, baseado nos meta paradigmas (saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem) e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil: satisfação, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidados, adaptação às condições de saúde e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

5 - Metodologia

A *scoping review* é uma revisão sistemática da literatura, que possibilita a afirmação da Enfermagem baseada na evidência, pois aliada à experiência profissional permite sustentar uma prática baseada na evidência (Amendoeira et al, 2022). Esta foi realizada de acordo com as recomendações estabelecidas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).

O primeiro passo no planejamento de uma revisão é a definição da questão de investigação, que para este estudo foi: Quais as vantagens da implementação precoce e continuada do MC em RN PTT e de termo saudáveis, em enfermarias obstétricas e domicílio?

Para a definição dos critérios de inclusão, bem como para a elaboração da questão de investigação e respetiva seleção de artigos recorreu-se à mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC), descrito na Tabela 4.

Tabela 4 – Mnemónica PCC

Participantes	RN PTT e de termo saudáveis com peso \geq 2000 gramas
Conceito	Aplicação do MC pela mãe ou outro cuidador
Contexto	Em enfermarias obstétricas e domicílio

Assim, para além PCC foram utilizados outros critérios de inclusão para a pesquisa inicial e seleção de artigos: Estudos primários, publicados entre 1 de janeiro de 2022 e 4 de fevereiro de 2025, em idioma inglês, português e espanhol, com acesso ao texto integral. Por exclusão definem-se: Estudos secundários, estudos de caso e não empíricos (por exemplo, opiniões, editoriais, cartas de leitores), que não respeitam o PCC (P – RN com IG inferior a 34 semanas e peso $<$ 2000 gramas; C – CPP na primeira hora de vida, *babywearing* ou outros tipos de contatos físicos; C – Sala de partos, Neonatologia), publicados antes de 2022, em outro idioma além de inglês, português e espanhol, sem acesso ao texto integral.

A pesquisa foi efetuada a 4 de fevereiro de 2025, nas bases de dados eletrónicas indexadas nas plataformas PubMed, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina. A estratégia de pesquisa é apresentada na Tabela 5 e teve por

base descritores científicos do *Medical Subject Headings* (MeSH) e recurso aos operadores booleanos AND e OR.

Tabela 5 – Estratégia de pesquisa

Bases de dados	Memória de pesquisa
PubMed	("kangaroo mother care method" [MeSH Terms] OR "kangaroo mother care method" [Title/Abstract] OR "skin to skin" [Title/Abstract] OR "kangaroo method"[Title/Abstract] OR "kangaroo care"[Title/Abstract]) AND ("infant newborn" [MeSH Terms] OR "infant newborn" [Title/Abstract] OR "neonate" [Title/Abstract] OR "newborns"[Title/Abstract])
CINAHL Complete	[SU ("kangaroo mother care method" OR "skin to skin" OR "kangaroo method" OR "kangaroo care") OR TI ("kangaroo mother care method" OR "skin to skin" OR "kangaroo method" OR "kangaroo care") OR AB ("kangaroo mother care method" OR "skin to skin" OR "kangaroo method" OR "kangaroo care")] AND [SU ("infant newborn" OR "neonate" OR "newborns") OR TI ("infant newborn" OR "neonate" OR "newborns") OR AB ("infant newborn" OR "neonate" OR "newborns")]
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	[SU ("kangaroo mother care method" OR "skin to skin" OR "kangaroo method" OR "kangaroo care") OR TI ("kangaroo mother care method" OR "skin to skin" OR "kangaroo method" OR "kangaroo care") OR AB ("kangaroo mother care method" OR "skin to skin" OR "kangaroo method" OR "kangaroo care")] AND [SU ("infant newborn" OR "neonate" OR "newborns") OR TI ("infant newborn" OR "neonate" OR "newborns") OR AB ("infant newborn" OR "neonate" OR "newborns")]
MedicLatina	[SU ("kangaroo mother care method" OR "skin to skin" OR "kangaroo method" OR "kangaroo care") OR TI ("kangaroo mother care method" OR "skin to skin" OR "kangaroo method" OR "kangaroo care") OR AB ("kangaroo mother care method" OR "skin to skin" OR "kangaroo method" OR "kangaroo care")] AND [SU ("infant newborn" OR "neonate" OR "newborns") OR TI ("infant newborn" OR "neonate" OR "newborns") OR AB ("infant newborn" OR "neonate" OR "newborns")]

Após a pesquisa nas bases de dados, foram obtidos um total de 799 artigos, exportados para a plataforma *Rayyan*, no qual 124 duplicados foram eliminados. De seguida, foi feita a leitura do título e resumo, de acordo com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, sendo excluídos 606 artigos. Assim, resultaram 49 estudos para leitura de texto integral, emergindo 8 artigos incluídos na revisão. Na Figura 4 abaixo está o diagrama PRISMA-ScR, que evidencia todo este processo de seleção dos artigos, realizada pelos dois revisores independentes, através das três etapas descritas e com a justificação detalhada dos motivos de exclusão.

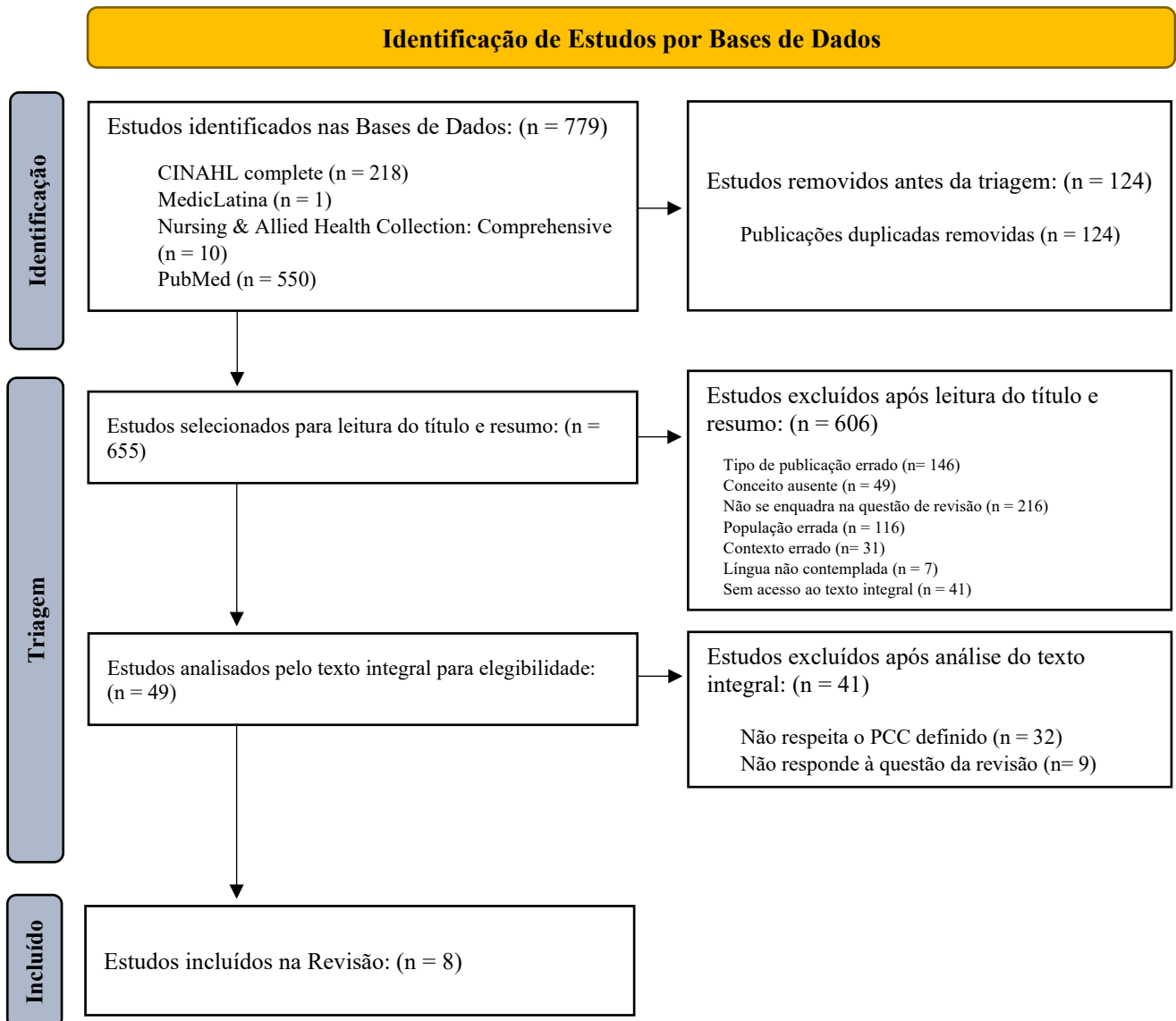


Figura 4 - Diagrama Prisma.

Fonte: Adaptado de Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

6 – Resultados

No sentido de obter uma organização lógica e descritiva dos dados extraídos dos 8 artigos em análise, foi elaborada a Tabela 6, que compreende para cada um dos artigos, o nome dos autores, título, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia, resultados, conclusões e classificação de nível de evidência. Esta ferramenta de trabalho foi desenvolvida de acordo com as diretrizes do Manual do Instituto JBI (Peters et al., 2024).

Tabela 6 – Desenho e Resultados dos estudos incluídos

Nº do Estudo (E)/ País/ Referência bibliográfica	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
E1/ Países Baixos/ Cooijmans, K., Beijers, R., & Weerth, C. (2022). Supplemental Material for Daily Skin-to-Skin Contact and Crying and Sleeping in Healthy Full-Term Infants: A Randomized Controlled Trial. <i>Developmental Psychology</i> , 58(9), 1629–1638. https://doi.org/10.1037/dev0001392.supp	Estudar o efeito de CPP diário aplicado nas primeiras 5 semanas pós-parto na duração total do choro e sono por dia e duração média dos episódios em RN de termo saudáveis, durante as primeiras 12 semanas pós-parto.	Tipo de estudo: Ensaio clínico controlado randomizado em 116 mães, que foram divididas em dois grupos: 56 mães aplicaram pelo menos 1 hora ininterrupta diária de CPP ao bebê e 60 mães realizaram os cuidados habituais entre mãe e bebê, nas primeiras 5 semanas pós-parto. Participantes: mães holandesas de gravidez única, idade ≥ 18 anos, sem consumo de drogas ou medicamentos, sem patologias graves, fluência da língua holandesa e sem participação em outro estudo; RN com IG ≥ 37 semanas, peso ao	Foram realizados três tipos de análises de dados: análise confirmatória da intenção de tratar (inclui os participantes do CPP não cumpridores do protocolo), análise exploratória por protocolo (inclui apenas participantes do CPP que cumpriram protocolo) e análise exploratória dose-resposta. Na análise de intenção de tratar não houve evidência que o CPP diário afetasse o choro e o sono. A análise por protocolo indica que o CPP reduzia a duração total e de episódio de choro, mas não se verificou aumento na duração	O CPP quando aplicado regularmente pode reduzir o choro e prolongar a duração do sono do RN de termo.	1.c

		<p>nascimento ≥ 2500 gramas, sem anomalias congénitas e Apgar aos 5 minutos ≥ 7.</p> <p>Desenho: Durante o período de intervenção todas as mães preencheram um diário de bordo a cada 2/3 horas e registaram as seguintes categorias comportamentais: (a) CPP pela mãe, (b) CPP por outro cuidador, (c) colo da mãe, (d) colo de outro cuidador e (e) ausência de contacto. Havia um contacto semanal por mensagem ou telefonema com o investigador (primeiro autor) para lembrar as mães de preencherem o diário de bordo e, apenas para as mães do CPP, discutir as dificuldades do CPP (por exemplo, problemas em encaixar o CPP na sua agenda, lidar com o desconforto inicial do bebé durante o CPP). Às 2, 5 e 12 semanas pós-parto, as mães preencheram o <i>3-day Baby's Day Diary</i> de Barr et al. (1988), reportando: agitação, choro, choro irrequieto, sono, alimentação e vigília sem chorar, a cada 2/3 horas por 3 dias consecutivos.</p>	total e de episódio de sono, em comparação com os cuidados habituais. As análises de dose-resposta indicaram que mais minutos de CPP total estavam associados à duração total e de episódio de choro mais curtas e duração total de sono mais longa.		
E2/ Egipto/ El Sehmawy, A. A., Younes Abd Elaziz, S., Elwahed, R. M. A., & Elsheikh, A. A. (2023). Skin-to-skin contact and its effect on mothers'	Avaliar o efeito do CPP diário aplicado nas primeiras 12 semanas pós-parto nas perturbações psiquiátricas pós-parto das mães e a	Tipo de Estudo: Ensaio clínico controlado randomizado em 400 mães, que foram divididas em dois grupos: 200 mães aplicaram 1 a 3 horas diárias de CPP desde o primeiro dia e 200 mães realizaram os cuidados habituais entre mãe e bebé, durante 12 semanas.	Após as 12 semanas, os bebés do grupo CPP ganharam significativamente mais peso e dormiram mais horas, sendo a média de horas de sono maior, em comparação com o grupo de cuidados convencionais. Além disso, os bebés do grupo CPP	Verificou-se que o CPP diário em RN de termo melhora a frequência da amamentação, aumenta o peso e as horas de	1.c

<p>postpartum psychological distress and their full-term neonate in Egypt. <i>Journal of Tropical Pediatrics</i>, 69(3). https://doi.org/10.1093/tropej/fmad020</p>	<p>sua eficácia nos RN de termo.</p>	<p>Participantes: mães alfabetizadas, sem antecedentes de perturbações psiquiátricas ou doenças crónicas, que tiveram parto de termo por cesariana e que ofereceram leite materno exclusivo aos seus bebés; RN \geq 37 semanas de gestação, que não necessitaram de internamento na UCIN e sem anomalias congénitas.</p> <p>Desenho: As mães de ambos os grupos registaram diariamente a duração do CPP fornecido e a frequência da amamentação em 24 horas. Após as 12 semanas também foram avaliados peso e duração de sono dos bebés. Durante as visitas de seguimento, os bebés foram avaliados em geral, incluindo a medição do peso corporal e a avaliação das mães quanto a quaisquer problemas com a aplicação do CPP.</p>	<p>foram amamentados mais de 8 vezes/dia, com diferenças estatisticamente significativas em relação aos bebés do grupo controlo.</p>	<p>sono do bebé. Além disso, reduz a depressão, ansiedade e sintomas de dor maternos associados à ferida cirúrgica, potenciando a vinculação mãe-bebé.</p>	
<p>E3/ China/ Li, W., Yu, Z., & Jing, Y. (2022). Effect evaluation of kangaroo mother care in Liping area, Guizhou province, China. <i>BMC Pediatrics</i>, 22(1). https://doi.org/10.1186/s12887-022-03723-2</p>	<p>Explorar o impacto do método mãe canguru no estado fisiológico dos RN no Condado de Liping, Província de Guizhou.</p>	<p>Tipo de Estudo: Estudo quasi-experimental em 347 mães, que foram divididas em dois grupos: 186 mães aplicaram o MC pelo menos 1 hora 3 vezes/dia e 161 mães realizaram cuidados tradicionais na enfermaria obstétrica.</p> <p>Participantes: mães/cuidadores com capacidade de aprendizagem e comunicação, sem antecedentes de doenças graves ou infecciosas, puérperas com comorbilidades e complicações obstétricas, mas com pós-parto materno</p>	<p>A temperatura corporal média dos RN do grupo MC foi significativamente superior à do grupo controlo. Não houve diferença significativa na frequência respiratória média entre grupos, mas a variação desta no grupo controlo é maior, o que prova que o MC ajuda na estabilidade da respiração do RN. Verificou-se menor índice de dor no grupo MC após a estimulação dolorosa. No grupo MC, em 24</p>	<p>A investigação mostra que o MC é benéfico para a saúde materna e infantil no pós-parto e tem vantagens adequadas às características locais, que o permite ser promovido em</p>	<p>2.c</p>

		<p>estável; RNP tardios e de termo, peso ao nascimento ≥ 2000 gramas e sinais vitais estáveis.</p> <p>Desenho: Em ambos os grupos foram avaliadas temperatura e frequência respiratória durante a implementação do MC; dor através da <i>Neonatal Infant Acute Pain Scale</i> após a troca de fralda e punção do calcanhar; sono (contínuo e total), humor/emoção (duração de cada choro e nº choros/dia) e episódios de vômitos em 24 horas; situação do aleitamento materno exclusivo e o tempo de implementação através da <i>Infant Breastfeeding Assessment Tools</i> (prontidão para a alimentação, procura, fixação e padrão de sucção) de Matthews (1988).</p>	<p>horas, a duração total do sono foi superior e a duração total de choro dos RN foi significativamente menor, em relação ao grupo controlo. O nº de choros e de vômitos foram menores no grupo MC. A taxa de sucesso da primeira mamada e da amamentação exclusiva antes da alta do grupo MC foram superiores às do grupo controlo, assim como o aumento de peso dos RN. O tempo médio para atingir a implementação da primeira mamada e do aleitamento materno exclusivo no grupo MC foi inferior ao grupo controlo.</p>	<p>outras províncias relativamente pobres na China, com minorias étnicas e recursos médicos escassos.</p>	
<p>E4/ Índia/ Nimbalkar, S., Popat, V., Patel, P., Pujara, R., Shinde, M., & Patel, D. (2022). Effect of Kangaroo Mother Care Transport in Preventing Moderate Hypothermia in Low Birth Weight Babies During Transportion to Home After Discharge: A Randomized</p>	<p>Determinar a eficácia do MC na prevenção da hipotermia durante o transporte do hospital para casa em RN de BPN.</p>	<p>Tipo de Estudo: Ensaio clínico controlado randomizado em 152 RN de BPN, que foram divididos em dois grupos: 76 RN receberam MC durante o transporte do hospital até casa e 76 não receberam MC no transporte.</p> <p>Participantes: RN com BPN, sem malformações congénitas ou anormalidades identificadas ao nascimento, fisiologicamente estáveis e que receberam alta da UCIN para o domicílio (peso cerca de 1700 gramas, mamam bem à mama ou à colher, mantém-se normotérmicos sem</p>	<p>Nos primeiros 10 minutos de viagem, 23 (30,26%) neonatos do grupo controlo apresentaram hipotermia moderada (32-36°C), pelo que foram removidos da análise de termorregulação. Nenhum neonato do grupo de estudo apresentou hipotermia moderada. Desde os 10 minutos até a chegada do RN a casa, a temperatura média no grupo de estudo foi significativamente mais elevada do que no grupo controlo. A temperatura média no grupo de estudo aumentou 0,01°C nos</p>	<p>O MC preveniu eficazmente a hipotermia moderada em RN de BPN durante o transporte do hospital até casa.</p>	1.c

<p>Controlled Trial. <i>Indian Pediatrics</i>, 60, 272–276. https://www.indianpediatrics.net/apr2023/272.pdf</p>		<p>assistência, apresentam ganho de peso por 3 dias consecutivos e pais confiantes para prestar cuidados em casa).</p> <p>Desenho: Foi medida a temperatura axilar em Celsius (°C) no momento da alta hospitalar e de 5 em 5 minutos durante o transporte (5, 10, 15, 20, 25 e 30 minutos) e à chegada ao domicílio. A distância da viagem foi considerada um raio de 30 Km com expectativa de chegada à casa em 30 minutos.</p>	<p>primeiros 5 minutos após alta hospitalar, enquanto diminuiu 0,07°C no grupo controle. Até os neonatos chegarem a casa, observou-se uma tendência semelhante de aumento da temperatura no grupo de estudo e diminuição da temperatura no grupo de controle. À chegada a casa, a temperatura média no grupo de estudo aumentou 0,22 °C, enquanto diminuiu 0,13 °C no grupo de controle, em relação à temperatura média na alta hospitalar.</p>		
<p>E5/ Países Baixos/ Rheinheimer, N., Beijers, R., Bruinhof, N., Cozijn, K. H. M., & de Weerth, C. (2023). Effects of daily full-term infant skin-to-skin contact on behavior and cognition at age three – secondary outcomes of a randomized controlled trial. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines</i>,</p>	<p>Avaliar os potenciais efeitos benéficos do CPP diário no funcionamento executivo e no comportamento socioemocional de crianças de 3 anos de idade, nascidas de termo.</p>	<p>Tipo de estudo: Ensaio clínico controlado randomizado em 116 mães, que foram divididas em dois grupos: 56 mães instruídas a aplicar pelo menos 1 hora ininterrupta diária de CPP ao bebê, começando imediatamente após o parto e 60 mães realizaram os cuidados habituais entre mãe e bebê, nas primeiras 5 semanas pós-parto.</p> <p>Participantes: mães holandesas de gravidez única, idade ≥18 anos, sem consumo de drogas ou medicamentos, sem patologias graves, fluência da língua holandesa e sem participação em outro estudo; RN com IG ≥37 semanas, peso ao</p>	<p>Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos nas condições de funcionamento executivo das crianças. Na abordagem Intenção de Tratar, o grupo CPP apresentou menos problemas de internalização e externalização em comparação com o grupo controle. Não foram encontradas diferenças significativas nas abordagens por protocolo e dose-resposta.</p>	<p>O CPP diário precoce em RN de termo pode promover o desenvolvimento comportamental das crianças. São necessárias replicações futuras, incluindo observações do comportamento infantil para complementar os relatos maternos.</p>	<p>1.c</p>

<p>64(1), 136–144. https://doi.org/10.1111/jcpp.13679</p>		<p>nascimento ≥ 2500 gramas, sem anomalias congénitas e Apgar aos 5 minutos ≥ 7.</p> <p>Desenho: Durante o período de intervenção todas as mães preencheram um diário de bordo a cada 2/3 horas e registaram os períodos de amamentação, colo ou CPP. O colo materno e de outros cuidadores, a amamentação e o CPP por outros não foram contabilizados como CPP. O <i>debriefing</i> ocorreu numa visita de seguimento após 1 ano. Outra avaliação de seguimento ocorreu por volta do terceiro aniversário das crianças, incluindo questionários online sobre a cognição (O questionário continha cinco subescalas: flexibilidade, inibição, regulação emocional, planeamento e organização e memória de trabalho) e o comportamento de externalização (subescalas: problemas de atenção e comportamento agressivo) e internalização (inclui as subescalas: emocionalmente reativo, ansioso/deprimido, queixas somáticas e retraimento) dos filhos.</p>			
<p>E6/ Índia/ Sinha, B., Sommerfelt, H., Ashorn, P., Mazumder, S., Taneja, S., Bahl, R., & Bhandari, N. (2022). Effect of</p>	<p>Estimar o efeito da promoção do MC iniciado pela comunidade em RN de BPN no desempenho da amamentação</p>	<p>Tipo de estudo: Ensaio clínico controlado randomizado em 550 mães, que foram divididas em dois grupos: 258 mães receberam visitas domiciliárias para apoio ao MC e amamentação exclusiva e 292 mães não receberam a intervenção.</p>	<p>O resultado primário foi o desempenho eficaz da amamentação indicado por uma pontuação ≥ 10 na <i>infant breastfeeding assessment tool</i>, após o término do período neonatal. Como desfechos</p>	<p>A promoção do MC iniciado na comunidade pode melhorar a amamentação eficaz, número de mamadas por</p>	<p>1.c</p>

<p>community-initiated kangaroo mother care on breastfeeding performance in low birthweight infants: A randomized clinical trial. <i>Maternal and Child Nutrition</i>, 18(4). https://doi.org/10.1111/mcn.13419</p>	<p>infantil, durante o período neonatal.</p>	<p>Participantes: mães que habitam com RN e sem previsão de alteração domiciliária no prazo de 6 meses; RN até 72 horas de vida, com peso entre 1500 e 2500 gramas, que não iniciaram MC na maternidade, amamentados, sem problemas respiratórios, malformações congénitas graves e de gestação única.</p> <p>Desenho: A equipa de intervenção visitou as casas das díades para iniciar e apoiar o MC nos dias 1, 2, 3, 5, 7, 10, 14, 21 e 28 após o nascimento para observar e resolver qualquer problema relacionado com CPP e amamentação. As mães foram aconselhadas a praticar o CPP durante o maior tempo possível, durante o dia e a noite, com a ajuda de outros familiares. As visitas continuaram até aos 28 dias de idade ou até que o RN não aceitasse mais a posição do MC. Para avaliação do desempenho efetivo da amamentação após o término do período neonatal foi utilizada <i>infant breastfeeding assessment tool</i> (prontidão para a alimentação, procura, fixação e padrão de sucção). Para a avaliação da satisfação materna relacionada com a amamentação infantil, a mãe foi questionada sobre a sua perceção em relação à amamentação nos últimos 7 dias, se estava ‘muito satisfeita’, ‘satisfeita’, ‘um pouco satisfeita’ ou ‘não satisfeita’ com a forma como o RN se</p>	<p>secundários, reportamos a satisfação materna relacionada com a amamentação infantil e exclusiva após o término do período neonatal. Concluímos as avaliações de resultados em 96% dos participantes (528 das 550 iniciais). No grupo MC, 92% dos RN apresentaram um desempenho eficaz na amamentação contra 81% no grupo controlo. No grupo MC, 65% das mães referiram estar muito satisfeitas com a amamentação dos seus bebés, contra 51% no grupo controlo. A proporção de amamentação exclusiva foi de 89% no grupo MC contra 45% no grupo controlo. O nº mediano de mamadas/dia e a duração média de cada mamada foi igualmente superior no grupo MC.</p>	<p>dia, duração de cada mamada, a amamentação exclusiva e a satisfação materna relacionada com a amamentação em RN de BPN. É encorajado MC na comunidade principalmente em ambientes de rendimentos baixos e médios.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		alimentou durante cada mamada e em relação à amamentação exclusiva (relato de 24 horas) no final do período neonatal.			
E7/ Índia/ Veeraiah, R., Mangalgi, S., Maralusiddappa, P. G. C., Veerabhadraiah, K. M., & Shenoy, S. (2023). Effect of Kangaroo Care Following Immersion Bath on Body Temperature in Preterm Neonates. <i>Journal of Neonatology</i> , 37(4), 307–310. https://doi.org/10.1177/09732179231172278	Comparar a eficácia do MC nas variações de temperatura em relação ao tratamento padrão após banho de imersão em RNP estáveis na enfermaria pós-parto.	<p>Tipo de Estudo: Estudo intervencionista prospectivo não randomizado com RNP que receberam um banho de imersão até ao pescoço por 2 minutos, a banheira tinha água com temperatura entre 37-38°C. No primeiro dia do estudo, após o banho de imersão, o neonato foi envolvido com um pano limpo (cuidado padrão). No segundo dia do estudo, o mesmo neonato, após o banho de imersão, foi seco com uma toalha e recebeu MC durante 1 hora, em vez de ser envolvido num pano.</p> <p>Participantes: RNP com IG corrigida entre 34 e 37 semanas, com mais de 7 dias de vida, peso entre 1500 e 2000 gramas no momento da inscrição, sem anomalias congénitas e cromossómicas ou distúrbios neurológicos, sem administração de fluidos intravenosos, inotrópicos e antibióticos e sem patologias como sépsis e meningite.</p> <p>Desenho: Os neonatos foram amamentados meia hora antes do banho. O investigador verificou os parâmetros fisiológicos 10 minutos antes do banho e se estava molhado com urina ou fezes. Quando o RNP estava molhado, era limpo</p>	No grupo de tratamento padrão, a diferença média da temperatura basal antes e imediatamente após o banho de imersão foi de 0,1°C mostrando que houve um aumento da temperatura imediatamente após o banho. Aos 15 e 30 minutos após o banho, foi observada uma diferença de temperatura de -0,06°C e 0,12°. Além disso, 45 min e 60 min após o banho verificou-se um aumento da temperatura corporal com uma diferença média de 0,22°C e 0,35°C, respetivamente, da linha de base, ambos considerados estatisticamente significativos. No grupo MC, não houve diferença significativa na temperatura média entre o pré-banho, imediatamente após e 15 minutos após o banho. No entanto, a diferença média da temperatura basal aos 30 min, 45 min e 60 min após o banho foi de 0,12°C, 0,27°C, e 0,33°C, respetivamente, todos os quais foram considerados estatisticamente significativos. Quando comparados os 2 grupos, embora a temperatura basal tenha	A regulação da temperatura foi melhor com a realização do MC após o banho. Seria útil incorporar isto na rotina de banho dos RNP no hospital e em casa, para garantir melhor termorregulação e obter os benefícios do MC. No entanto, são necessários estudos adicionais bem desenhados com randomização para confirmar os resultados deste estudo.	2.c

		<p>à cabeceira na enfermaria, o peso e a temperatura eram verificados antes do banho, o neonato era recebido com uma toalha grossa e macia esterilizada e o cuidado dos olhos era realizado do canto interno para o canto externo de uma só vez, utilizando cotonetes separados para cada olho. A temperatura axilar foi registada antes e imediatamente após o banho e posteriormente 15, 30, 45 e 60 minutos após o banho.</p>	<p>sido superior no grupo MC, observou-se que a diferença média de temperatura em relação à basal aos 30 min, 45 min e 60 min pós-banho foi de 0,2°C, 0,25°C, e 0,19°C, respetivamente, todos estatisticamente significativos. Assim sendo, observou-se que os neonatos que receberam MC apresentaram uma temperatura consistentemente mais elevada em comparação com os neonatos que receberam cuidados padrão. Não houve evidência de dano observado no grupo de intervenção.</p>		
<p>E8/ China/ Ying, Y., Chen, S., Bei, L., Ye, J., & Jin, S. (2024). Effect of rooming-in kangaroo mother care on breastfeeding and behavioral status of full-term newborns. <i>Journal of Obstetrics and Gynaecology Research</i>. https://doi.org/10.1111/jog.16132</p>	<p>Avaliar os efeitos do MC em alojamento conjunto, na amamentação e no estado comportamental dos RN de termo.</p>	<p>Tipo de Estudo: Estudo prospetivo duplo-cego em 100 RN de termo que foram divididos em 2 grupos: 50 RN receberam intervenção de enfermagem de rotina e alojamento conjunto após o parto (Grupo A) e 50 RN receberam MC e alojamento conjunto após o parto, 30 a 60 minutos de cada vez, durante 2 semanas (Grupo B).</p> <p>Participantes: mães com dados obstétricos completos, sem complicações na gravidez, doenças infecciosas e hemorragia ginecológica; RN nascidos de parto vaginal, de gestação única, com IG de 37–42 semanas, amamentados, sem</p>	<p>As pontuações do <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>, a taxa de amamentação, o rendimento da lactação aos 3 dias e os tempos de sucção efetiva dos RN do Grupo B foram significativamente mais elevados do que no Grupo A, sugerindo que o MC em alojamento conjunto ajudou as mães a integrar o papel da maternidade e aumentou o seu sentido de responsabilidade pela alimentação. A pontuação <i>Behavioral Neurological Assessment Scale</i> foi mais baixa no Grupo B do que no Grupo A, indicando que o MC em</p>	<p>O MC em alojamento conjunto pode aumentar a taxa de sucesso da amamentação, melhorar o estado comportamental e a qualidade do sono dos RN, encurtar o tempo de choro e aliviar a dor do procedimento.</p>	<p>1.c</p>

		<p>malformação ou doença congénita e peso à nascença ≥ 2500 gramas.</p> <p>Desenho: Foram observados e registados os tempos de sucção eficaz dos RN de 1 a 3 dias após o nascimento e o rendimento da lactação aos 3 dias. Vários padrões de alimentação, incluindo amamentação, alimentação artificial e alimentação mista, foram observados e registados. O conhecimento, as competências e o sentido de responsabilidade das mães sobre a amamentação foram avaliados através de <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i> modificada e elaborada pelas próprias. O comportamento do RN foi avaliado através da <i>Behavioral Neurological Assessment Scale</i>. A duração do choro do início ao fim da operação invasiva de 1 a 3 dias após o nascimento foi registada e calculada a média. Foi calculada a taxa excelente/boa da qualidade do sono dos RN. Nas mesmas condições, a dor provocada pela operação invasiva foi avaliada através da NIPS.</p>	<p>alojamento conjunto também foi útil para melhorar o estado comportamental dos RN.</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

De modo a complementar as informações dispostas acima na Tabela 6, foi elaborada uma síntese para cada um dos 8 estudos incluídos e que se encontra disposta nos parágrafos seguintes.

O **E1** examinou efeitos do CPP na duração do choro e sono dos RN de termo para além das primeiras horas e dias pós-parto e demonstrou a eficácia durante e imediatamente após o período de intervenção relativamente à análise exploratória dose-resposta, sugerindo que o CPP prolongado aumenta os efeitos benéficos comprovados em estudos anteriores. As limitações apontadas neste estudo referem-se ao fato de o CPP não fazer parte da cultura holandesa, não ter sido transmitida informação acerca dos potenciais benefícios deste, baixas taxas de adesão ao método por dificuldades na realização do mesmo (problemas na recuperação física ou mental materna e de saúde infantil, ajuste na rotina diária, desconforto infantil e materno durante a intervenção) e a maioria das mães serem altamente instruídas e interessadas em investigação, traduzindo-se numa amostra homogénea (Cooijmans et al., 2022).

O **E2** reportou que os RN de termo expostos ao CPP diário tiveram aumento de peso e horas de sono superiores em comparação com o outro grupo que não foi sujeito à intervenção. Outros estudos realizados não obtiveram este resultado pois monitorizaram o peso dos RN apenas durante 2 semanas. O impacto positivo do CPP no peso e nas horas de sono dos bebés pode estar relacionada ao aumento da frequência da amamentação, uma vez que as mães estão menos ansiosas, dormem melhor e estabelecem maior ligação com o seu filho, dedicando mais tempo à amamentação. Além disso, o contacto mãe-bebé satisfaz as exigências biológicas básicas do bebé (como o calor, o toque e o cheiro), regulando assim o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal do bebé, o que aumenta as suas horas de sono. Os resultados psicológicos do estudo atual revelaram que as mães que participaram no grupo CPP apresentaram menos sintomas depressivos e de ansiedade, relacionados com melhor padrão de sono e vinculação com RN. (El Sehmawy et al., 2023).

Os autores do **E3** reforçam que o MC não é apenas adequado para RNP, mas também para RN de termo, uma vez que neste estudo a intervenção demonstrou melhorar a taxa de amamentação, estabilizar a condição fisiológica dos RN, reduzir o choro, prolongar o tempo de sono e reduzir a probabilidade de infeção. O CPP também reduz a ansiedade da mãe e melhora a interação emocional entre a mãe e bebé. O MC oferece uma sensação de segurança e intimidade aos bebés, além de ser uma grande ajuda na formação da sua personalidade futura. (Li et al., 2022).

No **E4** o MC preveniu eficazmente a hipotermia moderada em RN de BPN durante o transporte do hospital para casa e é sugerido pelos autores como um método eficaz a ser iniciado em países com baixos recursos financeiros. Estudos em países de alto rendimento mostraram que os parâmetros fisiológicos neonatais foram estáveis durante o transporte em MC, e o custo era quase metade em relação ao transporte com incubadora (com base nos custos de mão-de-obra de limpeza), (Nimbalkar et al., 2022).

O **E5** é o segundo estudo que avalia resultados do CPP em RN de termo a longo prazo, o estudo anterior reportou efeitos benéficos no comportamento das crianças, no entanto as mães não estavam cegas no momento do recrutamento o que pode ter originado viés nos resultados. Este estudo é um estudo controlado randomizado que produziu evidências substanciais de que, o CPP precoce pode beneficiar o desenvolvimento comportamental em RN de termo, tal como em RNP, embora não encontrasse resultados a nível do funcionamento executivo das crianças, tendo sido o primeiro estudo a avaliar esse efeito. A ausência de efeito do CPP sobre o funcionamento executivo em crianças de 3 anos nascidas de termo não está de acordo com a literatura sobre prematuros, podendo ser justificada pelo maior comprometimento do desenvolvimento cognitivo dos RNP, que são privados de contato físico, beneficiando mais do CPP. Também se pode afirmar que existem mudanças cruciais no desenvolvimento após os três anos de idade e, por isso, as avaliações do funcionamento executivo não foram visíveis na faixa etária escolhida, sendo mais fiáveis mais tarde na infância, por exemplo aos 5 e 10 anos de idade, como reportado em outros estudos com prematuros. Além disso, a avaliação atual baseou-se no relato dos pais, enquanto os efeitos anteriores do CPP na cognição dos bebés prematuros foram avaliados através de uma tarefa cognitiva. No entanto, existem outras limitações: o tamanho restrito da amostra, à coorte ser largamente homogénea (elevado nível socioeconómico e educacional), as mães foram informadas quando os seus filhos completaram um ano, que pode ter influenciado os relatos maternos sobre o funcionamento executivo e o comportamento das crianças aos três anos de idade, embora improvável, uma vez que as avaliações maternas enviesadas teriam causado efeitos semelhantes nos relatórios. Os autores evidenciam a necessidade de mais investigação sobre o CPP diário em crianças saudáveis nascidas de termo, formas de melhorar a adesão à intervenção parental e combinar avaliações baseadas em questionários com observações comportamentais. (Rheinheimer et al., 2023).

E6 é um estudo controlado randomizado que avaliou o efeito da promoção do MC em RN de BPN, iniciada na comunidade através de visitas domiciliárias, em que se verificou maior prevalência de desempenho eficaz na amamentação (prontidão para a alimentação, procura,

fixação e padrão de sucção) e aumento da satisfação materna relacionada com o nº de mamadas por dia, duração de cada mamada e amamentação exclusiva no final do período neonatal (Sinha et al., 2022).

O **E7** é o primeiro estudo que compara o tratamento padrão com o MC após o banho de imersão no RN PTT, tendo se comprovado melhor regulação da temperatura com MC após o banho em comparação com cuidados convencionais. Os autores referem algumas limitações, tais como: o estudo não foi randomizado, o tamanho pequeno da amostra e a temperatura era controlada; portanto, estas alterações não podem ser generalizadas para qualquer variação sazonal. Além disso, a temperatura basal inicial era mais elevada no grupo MC e a intervenção foi administrada no segundo dia, o que sugere a vantagem da maturidade da pele. Os autores estudaram apenas os efeitos do MC após o banho na regulação da temperatura a curto prazo, sugerem que sejam pesquisados efeitos a longo prazo neste aspecto e em outros como o conforto neonatal e o aumento de peso. Para generalização dos resultados devem realizar estudos adicionais com randomização e tamanho de amostra maior. (Veeraiah et al., 2023).

E8 é um estudo prospectivo duplo-cego que aplicou episódios de 30 a 60 minutos de MC em RN de termo, durante 2 semanas em alojamento conjunto, revelando resultados positivos na lactação, conhecimento/competências/sentido de responsabilidade da mãe sobre a amamentação, taxa de amamentação, sucção, qualidade e duração de sono, nº e duração de choro e dor dos RN após estimulação dolorosa. (Ying et al., 2024).

7 – Discussão

Os 8 artigos analisados demonstram a eficácia do MC em vários contextos, possibilitando a comparação das evidências mais consensuais entre os estudos, assim como as áreas que ainda geram discussões e controvérsias. Neste capítulo irei explicar os principais temas emergentes, limitações e sugestões para investigações futuras. Também se realizará uma análise comparativa com outros estudos relevantes na literatura, para uma melhor compreensão da eficácia do MC.

Os temas emergentes dos 8 artigos analisados estão dispostos a seguir na Tabela 7, de modo a facilitar a percepção dos benefícios do MC estudados em diferentes contextos.

Tabela 7 – Temas emergentes da análise dos 8 estudos

Temas emergentes	Estudos
Temperatura	E3, E4, E7
Dor	E3, E8
Respiração	E3
Choro	E1, E3, E8
Sono	E1, E2, E3, E8
Intolerância Alimentar	E3
Amamentação	E2, E3, E6, E8
Comportamento Infantil	E5
Saúde Materna	E2, E6, E8

Relativamente à regulação da temperatura, E3, E4, E7 indicam que o MC aumentou a temperatura dos RN BPN, PTT e de termo, auxiliando na prevenção da hipotermia. Este método é particularmente importante para prematuros, que têm dificuldades em manter a temperatura corporal durante os primeiros dias de vida, dado à imaturidade da pele e do centro de termorregulação. Em locais de baixo rendimento e sem acesso a recursos de saúde, este método torna-se uma mais-valia à saúde neonatal, assim como nas situações de transporte e do banho, que são extremamente pertinentes dado o contexto em que foram realizados, sendo a Índia um país com deficientes serviços de saúde pública (SPN, 2018c).

A dor após realização de procedimentos no RN é um tema bastante pertinente e estudado, tendo sido abordado na Parte I deste relatório e surge no E3 e E8 com resultados bastantes positivos após o MC diário e prolongado. Ambos os estudos foram realizados na China e pretendem a implementação de medidas interventivas que garantam redução dos riscos a curto prazo como o aumento da frequência cardíaca, pressão intracraniana e arterial, diminuição da saturação de oxigênio e a longo prazo como: anormalidades no desenvolvimento do sistema nervoso na infância, baixa adaptabilidade, distúrbios cognitivos e défices de atenção (Ying et al., 2024).

Outro tema abordado apenas no E3, foi a monitorização da frequência respiratória, que não revelou resultados distintos em relação o nº de respirações por minuto, no entanto no grupo de RN que foi aplicado o MC, verificou-se mais estabilidade nos valores. O desenvolvimento pulmonar ocorre entre 34 e 37 semanas, existindo défice de surfactante, que pode contribuir para a morbidade respiratória no RNP (SPN, 2018c). Recomenda-se, portanto, mais estudos que investiguem este parâmetro vital.

O choro foi estudado como vertente do estado comportamental do RN, no geral e após procedimentos dolorosos no E1, E3 e E8. Sabemos que a frequência e o grau deste índice podem afetar o crescimento e desenvolvimento do RN. O MC revela-se como o ambiente mais próximo ao intrauterino, uma vez que reduz os movimentos espontâneos e cegos dos membros causados por estímulos externos, proporcionando sensação de segurança e conforto ao RN. (Li et al., 2022).

Um dos tópicos mais encontrados foi a quantidade e a qualidade do sono dos RN de termo de peso normal e BPN e RN PTT, tanto em localidades remotas da China como em países de fracos recursos como o Egito ou de níveis socioeconómicos elevados como nos Países Baixos (E1, E2, E3, E8). Esta variedade de participantes e contextos permite a generalização do conceito do MC e reforça a conveniência da sua aplicabilidade na manutenção adequada dos ritmos de sono e vigília, tão importantes para o neurodesenvolvimento dos RN, garantindo um mínimo de 60 minutos de tranquilidade e reduzindo os níveis de cortisol e de stress do RN (Santos, 2011; SPN, 2018a).

A intolerância alimentar contribui para a perda ponderal, desidratação e hiperbilirrubinemia, que prolonga o internamento de RN. O E3 foi o único estudo a avaliar o nº de episódios de vômitos que os RN apresentaram após alimentação, identificando-se maior tolerância nos RN que usufruíram do MC, face aos que foram deitados em decúbito lateral. Isto deve-se não só à posição em que o RN se encontra no MC, mas também à produção

concomitante de hormonas que promovem o metabolismo e a absorção intestinal. O fato deste estudo ter sido realizado em RN PTT e de termo com BPN, torna-o relevante dado suas às particularidades quanto à “coordenação sucção/deglutição/respiração imatura, sucção débil, motilidade e esvaziamento gástrico lentos e imaturidade na função motora intestinal” (SPN, 2018c).

A amamentação continua a ser um objeto de investigação extremamente importante, pois está comprovada as inúmeras vantagens que dela advém para os RN: ganho de peso, prevenção de alergias, infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias e a longo prazo diabetes e de linfomas. No que diz respeito à saúde materna: melhor e mais rápida recuperação pós-parto e menor probabilidade de neoplasias mamária e ovárica. Sobretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar, melhorando a interação mãe-filho e gradualmente o vínculo e o apego entre eles. A nível económico e sustentável, o leite materno constitui o método mais barato e seguro para alimentar o RN, o que é ideal para países de baixa renda e fracas condições sanitárias (Portugal, Ministério da Saúde, 2008).

O comportamento infantil foi o evidenciado no E5, sendo o primeiro estudo controlado randomizado realizado com esse objetivo, em crianças de 3 anos nascidas de termo. Sugere-se mais estudos nessa área por forma a avaliar os benefícios a longo prazo do MC em RN de termo.

A saúde materna influencia diretamente a saúde neonatal, pelo que existem vários estudos que investigam esta relação associada ao MC. O E2, E6 e E8 incidem os seus resultados sobre a diminuição de sintomas de ansiedade, depressão e dor no pós-parto cirúrgico, assim como no aumento dos conhecimentos, competências e responsabilidade sobre a amamentação, aumentando a frequência das mamadas e a satisfação materna no desempenho do RN, que consequentemente, favorece o aumento de peso e o vínculo da díade.

Estes achados são consistentes com a literatura internacional sobre o tema, como observado em estudos incluídos no Documento de Posição Global “*Kangaroo Mother Care – A transformative innovation in health care*” da WHO (2023), que confirmam os efeitos positivos do MC no aumento da taxa de sobrevivência e na redução das complicações associadas ao nascimento prematuro.

Embora o consenso sobre os benefícios seja claro, algumas áreas do MC continuam a gerar discussões. Existem alguns fatores impeditivos para a adoção completa do MC, no que se refere à duração do mesmo, à disponibilidade de tempo e competências tanto dos pais como de

profissionais, que não recebem o treinamento adequado, questões culturais, espaço físico limitado nas UCIN e falta de suporte institucional.

Os estudos também indicam que há desafios significativos na implementação e avaliação do MC. A questão da padronização na metodologia de pesquisa foi uma preocupação comum, uma vez que os protocolos variam amplamente entre os diferentes serviços de saúde e países. A falta de estudos a longo prazo também foi apontada como uma limitação, já que muitos dos artigos analisados focam em resultados imediatos ou de curto prazo.

O MC continua a ser uma abordagem vital e promissora no cuidado neonatal, sendo fundamental para a saúde e bem-estar de RN de risco.

8 – Conclusão

O MC tem sido foco de vários estudos devido aos inúmeros benefícios fisiológicos e psicossociais oferece aos envolvidos de forma imediata ou a longo prazo. Esta revisão foi norteada pela indagação da aplicação do MC estabelecido de forma precoce e continuada ao RN PTT e de termo saudáveis, no internamento de Obstetrícia e após a sua alta para casa.

Foi possível confirmar a existência de vários estudos acerca das vantagens a curto prazo do MC, mas ainda há poucos estudos que esclareçam o proveito deste método na infância e idade adulta. O MC precoce e diário em RNP e de termo reduz o choro e a dor, melhora os parâmetros vitais e a intolerância alimentar, prolonga o sono e a amamentação exclusiva e promove o crescimento e comportamento infantil adequados (Cooijmans et al., 2022; El Sehmawy et al., 2023; Li et al., 2022; Nimbalkar et al., 2022; Rheinheimer et al., 2023; Sinha et al., 2022; Veeraiah et al., 2023; Ying et al., 2024).

O sofrimento psicológico no pós-parto é altamente prevalente e afeta tanto as mães como os seus filhos e toda a família, podendo dificultar a prestação adequada de cuidados à diade. Apesar de não ter sido objeto deste estudo, é impossível dissociar o bem-estar materno do bem-estar do RN. Assim, existe uma grande necessidade de medidas preventivas complementares simples e económicas, como o MC que é um método acessível às mães e deve ser incentivado imediatamente após o parto. O MC é um método preventivo e benéfico tão promissor que pode ser simples e facilmente aplicável para a maioria das mães nas primeiras semanas pós-parto (El Sehmawy et al., 2023).

O impacto do MC em contextos específicos, como transporte neonatal em unidades de saúde com recursos limitados, reforça a versatilidade e aplicabilidade do método, demonstrando sua eficácia não apenas em contextos de cuidados convencionais, mas também em situações desafiadoras. Por outro lado, embora os estudos a longo prazo, forneçam evidências sobre o potencial do MC no desenvolvimento comportamental e cognitivo de crianças nascidas a termo, as limitações metodológicas apontadas, como o viés devido à falta de cegamento e amostras homogêneas, indicam a necessidade de mais pesquisas rigorosas (Nimbalkar et al., 2022; Rheinheimer et al., 2023; Sinha et al., 2022).

Em termos de implicações para a prática, o MC se confirma como uma intervenção valiosa tanto em hospitais quanto em contexto domiciliar, promovendo benefícios para a saúde

neonatal e psicológica materna. No entanto, para uma generalização mais ampla e robusta, estudos com maior amostra, randomização e controle de variáveis externas são necessários para confirmar e expandir os achados. Além disso, o desenvolvimento de estratégias para aumentar a adesão ao MC, particularmente em populações com menos instrução, deve ser uma prioridade para futuras investigações.

Em suma, o MC é amplamente reconhecido pelos estudos como uma abordagem benéfica para o cuidado de RNP. A maioria dos artigos analisados confirma os efeitos positivos do método, especialmente no que diz respeito ao ganho de peso, termorregulação e vínculo afetivo. No entanto, a implementação eficaz do MC ainda enfrenta desafios significativos, particularmente relacionados à duração do CPP e à inclusão dos pais. Sugere-se que pesquisas futuras se concentrem em:

- Avaliar os efeitos do MC a longo prazo, tanto para a saúde física quanto para o desenvolvimento emocional da criança.
- Investigar estratégias para superar as barreiras logísticas e culturais que limitam a implementação do MC, especialmente em contextos de recursos limitados.
- Explorar o impacto do envolvimento do pai de forma mais detalhada, considerando os fatores emocionais e culturais envolvidos.

Considerações finais

Ao longo do Curso de Mestrado pude refletir acerca das competências comuns de enfermeiro especialista e mais especificamente de EEESIP, concretizando os objetivos profissionais e pessoais propostos, desenvolvi competências científicas, técnicas e humanas, planeei e prestei cuidados de enfermagem especializados ao RN/latente/criança/jovem e família em contexto de cuidados diferenciados. Pude integrar conhecimentos acerca das patologias mais frequentes, cuidados de enfermagem e técnicas mais utilizadas, assim como aperfeiçoar o aspeto comunicacional e relacional com os pais/criança/jovem e equipa multidisciplinar neste contexto específico.

Este relatório final abrange a experiência vivenciada ao longo dos estágios, que foi bastante positiva, não só pelas relações terapêuticas de parceria e confiança que estabeleci com as famílias/crianças internadas, essenciais para a negociação dos cuidados centrados na família, como também pela interação com toda a equipa multidisciplinar que conheci. Relativamente ao estudo de investigação desenvolvido acerca do MC, este revelou-se muito interessante para aplicação na minha prática profissional, pois contribui igualmente para a saúde e bem-estar de RN PTT e de termo saudáveis, com benefícios substanciais tanto para os RN quanto para as mães.

Penso ter contribuído para a reflexão e visibilidade de um tema pertinente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, mais especificamente na área em que exerço funções, serviço de Obstetrícia, e que estabeleço a parceria de cuidados com os pais desde o nascimento do RN. Chego ao fim deste percurso académico com a consciência que a busca pelo conhecimento deve ser contínua, mesmo após a aquisição do grau de Mestre e EEESIP.

Referências bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia*. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-MN-78-05-GUIDELINE-2017-prt-2017-ACSS-Recomendacoes-Tecnicas-Neonatologia.pdf>
- Almeida, S. (2017). Diarreia Aguda e Crônica. Em G. Oliveira & J. Saraiva, *Lições de Pediatria* (Vol. II, pp. 35-48). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_23
- Alves, F. N., Silva, A. C., Souza, M. F., & Pereira, R. S. (2020). Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: Uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4509-4520. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.29942018>
- Amaral, J. (2008). *Tratado de Clínica Pediátrica* (1ª edição, Volume I). ABBOTT Laboratórios.
- Amendoeira, J., Silva, M; Ferreira, R; Dias, H. (2022). *Revisão sistemática da Literatura – A Scoping Review*. Instituto Politécnico de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstreams/fdc34f37-1737-46ab-bcd5-ff6b8642e5c7/download>
- Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 83-92. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966010.pdf>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Para uma vacinação sem medo e sem dor! Abordagem da dor durante a vacinação. Guia para profissionais de saúde*. <https://aped->

[dor.org/documentos/vac_young/vacinacao%20pediatrica_folheto_profissionais%20saude_aped.pdf](https://repositorio.ude.br/documentos/vac_young/vacinacao%20pediatrica_folheto_profissionais%20saude_aped.pdf)

Barker TH, Habibi N, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias quasi-experimental studies. *JBIEvid Synth.* 2024;22(3):378-88. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBIEvidence Synthesis.* 2023;21(3):494-506. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor. Manual de Estudo – versão 1*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>

Cooijmans, K., Beijers, R., & Weerth, C. (2022). Supplemental Material for Daily Skin-to-Skin Contact and Crying and Sleeping in Healthy Full-Term Infants: A Randomized Controlled Trial. *Developmental Psychology*, 58(9), 1629–1638. <https://doi.org/10.1037/dev0001392.supp>

Cortés, D., Maldonado, D., Gallego, J., Charpak, N., Tessier, R., Ruiz, J. G., Hernandez, J. T., Uriza, F., & Pico, J. (2022). Comparing long-term educational effects of two early childhood health interventions. *Journal of Health Economics*, 86. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102693>

Diniz, I. F. C., da Silva, M. I. C., & Botelho, R. M. (2023). O uso de ibuprofeno na pediatria e seus possíveis efeitos colaterais. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 1640-1649. <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/749/714>

Direção-Geral da Saúde (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica: Orientações Técnicas* (14.^a edição, Volume 1). Direção-Geral da Saúde.

https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Urgencias_no_ambulatorio_em_Idade_Pediatica_Volume_I_.pdf

El Sehmawy, A. A., Younes Abd Elaziz, S., Elwahed, R. M. A., & Elsheikh, A. A. (2023).

Skin-to-skin contact and its effect on mothers' postpartum psychological distress and their full-term neonate in Egypt. *Journal of Tropical Pediatrics*, 69(3).

<https://doi.org/10.1093/tropej/fmad020>

Ferraz, L. P. L., Fernandes, A. M., & Gameiro, M. G. H. (2022). DEVELOPMENTAL CARE OF PREMATURE NEWBORNS: STUDY ON PRACTICES IN PORTUGUESE NEONATAL UNITS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, e202110235.

<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235en>

Ferreira, Manuela & Graça, Maria. (2016). *Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo*. Millenium.

https://www.researchgate.net/publication/238082802_Cuidar_em_parceria_subsidio_para_a_vinculacao_paisbebe_pre-termo

Freitas, A.; Dias, C.; Torres, J.; Abreu, R. (2004). Actuação no Micronato. *Consensos em Neonatologia*.

https://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Actuacao_no_micronato.pdf

Grupo Português de Triagem. (2021). *História do Protocolo da Triagem de Manchester*.

<https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

- Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da Criança Hospitalizada*. 5ª Edição. Instituto de Apoio à Criança. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/carta-crianca-hospitalizada-5-edicao.pdf>
- Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). *Guia orientador de trabalhos escritos*. Centro de Documentação e Informação, pp. 19-79.
- Li, W., Yu, Z., & Jing, Y. (2022). Effect evaluation of kangaroo mother care in Liping area, Guizhou province, China. *BMC Pediatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03723-2>
- Martino, M., Chiarugi, A., Boner, A. *et al.* Trabalhando para um uso apropriado de ibuprofeno em crianças: uma avaliação baseada em evidências. *Drogas* 77, 1295–1311 (2017). <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0751-z>
- Martins, S.; Lopes, A.; Couto, C.; Trindade, E.; Tavares, M.; Dias, J. (2011). Diagnóstico e tratamento da Gastreenterite Aguda – as perspectivas da ESPGHAN-ESPID e da SLAGHNP. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 42(4):172-6.
[https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/29/20120105114619_Actualizacao_Martins%20S_42\(4\).pdf](https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/29/20120105114619_Actualizacao_Martins%20S_42(4).pdf)
- Nascimento, T.; Frade, I.; Miguel, S.; Presado, M.; Cardoso, M. (2021). *Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (02), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Nimbalkar, S., Popat, V., Patel, P., Pujara, R., Shinde, M., & Patel, D. (2022). Effect of Kangaroo Mother Care Transport in Preventing Moderate Hypothermia in Low Birth Weight Babies During Transportation to Home After Discharge: A Randomized

Controlled Trial. *Indian Pediatrics*, 60, 272–276.

<https://www.indianpediatrics.net/apr2023/272.pdf>

Oliveira, A. (2017). Febre. Em G. Oliveira & J. Saraiva, *Lições de Pediatria* (Vol. I, pp. 273-278). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_16

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Recuperado Novembro 24, 2024, em

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Recuperado Novembro 24, 2024, em

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*, Série I (6), pp. 13-74.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização*. Série I (8).

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Dia Internacional de Sensibilização para o Método Canguru*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-de-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru/>
- Ordem dos Enfermeiros. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*. Recuperado Novembro 24, 2024, em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204270/WHO-RHR-15.22-por.pdf>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn Z, Tricco A., Khalil, H. Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Pezzin, F. S., Ribeiro, L. M., Perovani, C. de M., Gratival, C. L., Pereira, J. L. de A., Lee, S. Y., & Leme, F. P. (2021). Miosite aguda por vírus: relato de caso / Acute viral myositis: case report. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 10047–10054. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-039>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003: A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Recuperado Junho 14, 2024, em

https://uniaofibromialgicos.weebly.com/uploads/1/2/3/5/123564226/circular_normativa_n%C2%BA_09.dgcg_de_14.06.2003.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 014/2010 de 14/12/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Recuperado Junho 14, 2024, em

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf;

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientação n.º 022/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Recuperado Junho 14, 2024, em

https://spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_022.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientação n.º 024/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Recuperado Junho 14, 2024, em

https://spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_024.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 012/2012 de 16/12/2012 atualizada a 01/08/2014: “Prescrição de Surfactante Pulmonar na Síndrome de Dificuldade Respiratória do Recém-nascido*. Recuperada Janeiro 24, 2025, em

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_012_2012_ACTUALIZADA%2008.2014.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 016/2012 de 19/12/2012 atualizada a 23/02/2015: Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite*

Aguda em Idade Pediátrica.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_016_2012_ACTUALIZADA_02.2015.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Recuperado Junho 14, 2024, em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-ereferenciacao-interna-imediata.pdf>;

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). *Orientação n.º 004/2018 de 03/08/2018: Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores*. Recuperado Junho 14, 2024, em https://www.sip-spp.pt/media/rhlp2c3s/febre-definic-a-o-medic-a-o-e-ensino-aos-familiares_cuidadores-2018-dgs.pdf

Portugal, Ministério da Saúde. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. (Edição revista).
Comité Português para a UNICEF. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/PRT-MN-48-08-OPERATIONAL-GUIDANCE-2008-prt-2008-Manual-de-Aleitamento-Materno.pdf>

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp. 4744-4750.
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, julho 12). Regulamento de Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2 (133), pp. 19192-19194.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

- Rheinheimer, N., Beijers, R., Bruinhof, N., Cooijmans, K. H. M., & de Weerth, C. (2023). Effects of daily full-term infant skin-to-skin contact on behavior and cognition at age three – secondary outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 64(1), 136–144.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13679>
- Rizzo, G. (2023). *Sedação Consciente com Protóxido de Azoto – particularidades em crianças e em adultos. Revisão Narrativa*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/12690/1/PPG_38295.pdf
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*. 2011, 20(1):26-31. <http://hdl.handle.net/10400.16/705>
- Santos, I.; Patrício, M.; Bernardo A.; Vasconcelos, A. (2024). Estratégias protetoras do sono do recém-nascido para a minimização do ruído. São Paulo: *Revista Recien*. 2024; 14(42):376-386. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.376386>
- Sedrez, E. da S., & Monteiro, J. K.. (2020). Pain assessment in pediatrics. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73, e20190109. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0109>
- Sinha, B., Sommerfelt, H., Ashorn, P., Mazumder, S., Taneja, S., Bahl, R., & Bhandari, N. (2022). Effect of community-initiated kangaroo mother care on breastfeeding performance in low birthweight infants: A randomized clinical trial. *Maternal and Child Nutrition*, 18(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13419>
- Smith, V. (2019). Recém-nascido de Alto Risco – Antecipação, Avaliação, Tratamentos e Desfechos. Em J. Cloherty, E. Eichenwald, A. Hansen & A. Stark, *Manual de Neonatologia*. (7ª Edição, pp. 59-71). Guanabara Koogan.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). *Consenso Clínico “Ventilação não invasiva”*
<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VNI.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Consenso Clínico “A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro”*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/A-luz-e-o-desenvolvimento-visual-do-RN-prematuro.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Consenso Clínico “O Som na Unidade de Neonatologia”* <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2019/02/Consenso-PTT-final-revista2018.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2020). *Consenso Clínico “Prevenção do colapso súbito pós-natal na sala de partos”*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2024/09/Consenso-Colapso-V_2024.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Consenso Clínico “Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável”*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Stivanin, J. B., Kegler, J. J., & do Nascimento, L. (2024). Diferentes Escalas de Avaliação da Dor em Pediatria. *Revista Contemporânea*, 4(1), 1651-1664.
- Turnage, C. & Papille, L. (2019). Apoio ao Desenvolvimento. Em J. Cloherty, E. Eichenwald, A. Hansen & A. Stark, *Manual de Neonatologia*. (7ª Edição, pp. 59-71). Guanabara Koogan.
- Unidade Local de Saúde de São João. (2024). *Banco de Leite Humano do Norte*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/1103>
- Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro. (2018). *Uso de protóxido de azoto em idade pediátrica*.

- Veeraiah, R., Mangalgi, S., Maralusiddappa, P. G. C., Veerabhadraiah, K. M., & Shenoy, S. (2023). Effect of Kangaroo Care Following Immersion Bath on Body Temperature in Preterm Neonates. *Journal of Neonatology*, 37(4), 307–310.
<https://doi.org/10.1177/09732179231172278>
- World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care – A practical guide*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42587/9241590351.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363697/9789240058262-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2023). *Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care. Global position paper*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367626/9789240072657-eng.pdf?sequence=1>
- Ying, Y., Chen, S., Bei, L., Ye, J., & Jin, S. (2024). Effect of rooming-in kangaroo mother care on breastfeeding and behavioral status of full-term newborns. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. <https://doi.org/10.1111/jog.16132>

Apêndices

Apêndice I

Apresentação em *powerpoint* “Guia de apoio à utilização da CIPE® no Sclínico: Patologia Respiratória”

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Trabalho realizado no âmbito do Estágio em Pediatria na ULSTMAD sob orientação da EEESIP La Salette Barros Guimarães e Profº Manuel Cordeiro

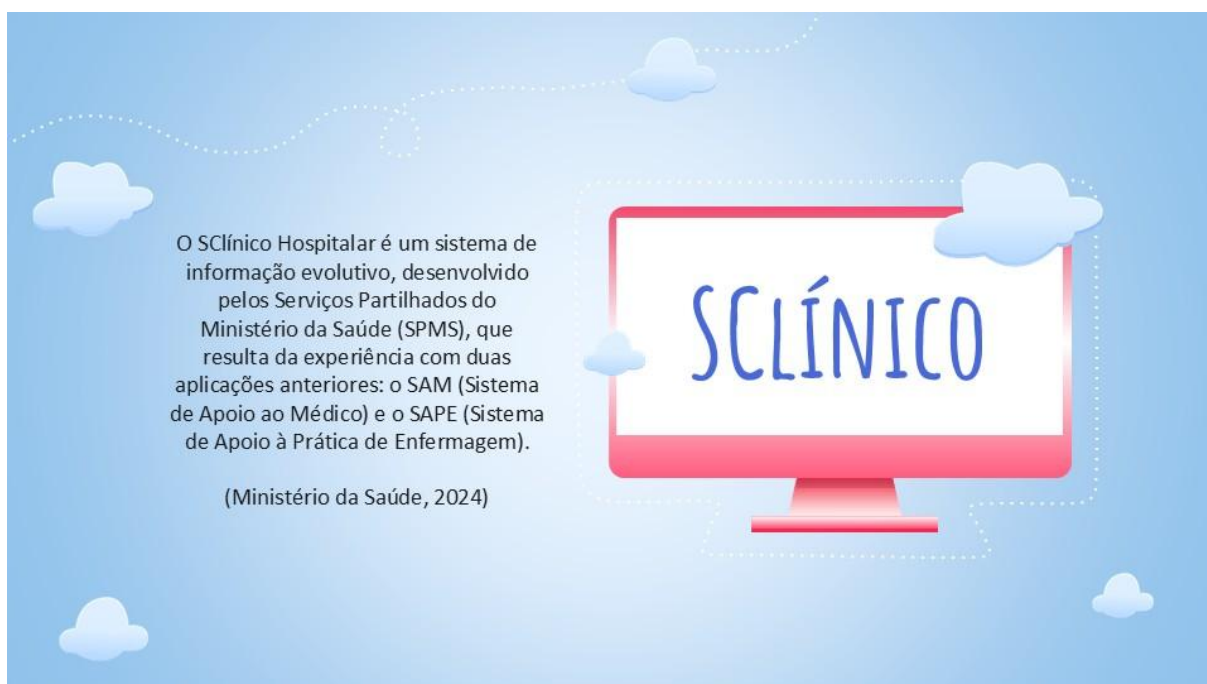
Anna Escaleira nº 29215

Novembro, 2024

PLANO DE SESSÃO

Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos di dáticos	Tempo
Introdução	Definição dos objetivos e revisão de conceitos	Expositivo	Computador Video projetor	5 min
Desenvolvimento	Elaboração do processo de enfermagem na patologia respiratória	Interativo	Computador Video projetor	10 min
Conclusão	Considerações finais	Reflexivo	Folheto orientativo	5 min





CIPE®

Foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e tem como objetivo uniformizar conceitos e classificar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, gerando uma terminologia comum a todos os enfermeiros.

(Ordem dos Enfermeiros, 2024)



DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS

Deve incluir 1 termo do eixo do **Foco** e 1 termo do eixo do **Juízo**.
Pode incluir termos adicionais destes ou de outros eixos.

INTERVENÇÕES

Deve incluir 1 termo do eixo da **Ação** e pelo menos 1 termo **Alvo** (termo de qualquer eixo exceto do Juízo).
Pode incluir termos adicionais destes ou de outros eixos.

ICN, 2010

FOCOS DE ATENÇÃO

01 PAPEL PARENTAL

02 PAPEL PARENTAL

03 PAPEL PARENTAL

Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.

04 CONFORTO

Status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.

05 QUEDA

Evento ou episódio

06 DOR

Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

ICN, 2010

FOCOS DE ATENÇÃO



07 SONO

Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.

08 INFECÇÃO

Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo.

09 INGESTÃO NUTRICIONAL

Status nutricional: quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos introduzidos no corpo.

10 APETITE

Status: sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos.

11 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Desenvolvimento humano

12 ELIMINAÇÃO URINÁRIA

Processo do sistema urinário

ICN, 2010

FOCOS DE ATENÇÃO



13 ELIMINAÇÃO INTESTINAL

(Eliminação) Processo corporal: movimento e excreção de resíduos corporais.

14 VENTILAÇÃO

Processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória.

15 TOSSIR

(Tosse) Processo do sistema respiratório comprometido: expulsão súbita de ar dos pulmões para limpar a via aérea.

16 FEBRE

Termorregulação comprometida: elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e cheio e com ressaltos, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor.

17 LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS

Processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório.

ICN, 2010

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (1. PAPEL PARENTAL)

- Avaliar condição do papel parental: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h



- Risco de compromisso do papel parental especial durante a hospitalização
- Potencial para melhorar papel parental especial durante a hospitalização

INTERVENÇÕES

- ✓ Envolver mãe e(ou) pai nos cuidados: Sem horário
- ✓ Estabelecer relação com mãe e(ou) pai: Sem horário
- ✓ Estimular a participação nos cuidados da mãe e(ou) pai: Sem horário
- ✓ Negociar com mãe e(ou) pai plano de cuidados: Sem horário
- ✓ Promover papel parental: Sem horário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (2. PAPEL PARENTAL)

- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais): Turno fixo 8h-15h e 15h-22h



- Potencial para melhorar capacidade da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)
- Capacidade da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)

INTERVENÇÕES

- ✓ Instruir a mãe e(ou) pai a executar tratamentos: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- ✓ Instruir a mãe e(ou) pai a prevenir complicações das necessidades especiais: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- ✓ Instruir a mãe e(ou) pai a tomar conta de necessidades especiais: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- ✓ Instruir a mãe e(ou) pai sobre medidas de segurança durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- ✓ Instruir a mãe e(ou) pai sobre prevenção de contaminação: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (3. PAPEL PARENTAL)

- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais): Turno fixo 8h-15h e 15h-22h



- Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)
- Conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)

INTERVENÇÕES

- ✓ Ensinar a mãe e(ou) o pai a tomar conta da alimentação durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- ✓ Ensinar a mãe e(ou) o pai a tomar conta da higiene durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- ✓ Ensinar a mãe e(ou) o pai a vigiar a eliminação durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- ✓ Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre complicações: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- ✓ Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental durante a hospitalização: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h
- ✓ Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de contaminação: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (4. CONFORTO)

- Avaliar conforto (criança): Sem horário



- Conforto comprometido
- Sem conforto comprometido

INTERVENÇÕES

- ✓ Dar banho: Turno fixo 8h-15h
- ✓ Ensinar a mãe e (ou) pai sobre conforto: Sem horário
- ✓ Executar técnica de distração: SOS
- ✓ Gerir ambiente: Sem horário
- ✓ Posicionar: Sem horário
- ✓ Promover conforto: Sem horário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (5. QUEDA)

- Avaliar risco de queda (criança): de 3 em 3 dias as 9h (médio risco de queda)



- Alto/Médio/Baixo risco de queda
- Sem risco de queda

INTERVENÇÕES

- ✓ Elevar grades da cama: Sem horário
- ✓ Manter grades da cama: Sem horário
- ✓ Baixar cama: Sem horário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6. DOR)

- Monitorizar dor: SOS
- Vigiar dor: SOS



- Dor em grau elevado/moderado/reduzido
- Sem dor

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (7. SONO)

- Avaliar sono: Sem horário/ Turno fixo 22h-8h



- Sono comprometido
- Sono adequado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (8. INFEÇÃO)

- Avaliar risco de infecção (criança): Sem horário



- Risco de infecção (associado ao CVP/SV)
- Sem risco de infecção

INTERVENÇÕES

- ✓ Aplicar medidas de prevenção da contaminação: Sem horário
- ✓ Inserir cateter venoso periférico: SOS
- ✓ Manter a prevenção de contaminação: Sem horário
- ✓ Otimizar cateter venoso periférico: Sem horário
- ✓ Remover cateter venoso periférico: SOS
- ✓ Trocar dispositivos de perfusão: SOS
- ✓ Vigiar local de inserção do cateter: Sem horário
- ✓ Vigiar penso do cateter: Sem horário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (9. INGESTÃO NUTRICIONAL)

- Avaliar ingestão nutricional (criança): Turno fixo 8h-15h e 15h-22h



- > Ingestão nutricional comprometida
- > Sem ingestão nutricional comprometida

INTERVENÇÕES

- ✓ Vigiar refeição: Sem horário/ Turno fixo 8h-15h e 15h-22h

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (10. APETITE)

- Avaliar apetite: Turno fixo 8h-15h e 15h-22h



- Apetite comprometido
- Sem apetite comprometido

INTERVENÇÕES

- ✓ Vigiar refeição: Sem horário/ Turno fixo 8h-15h e 15h-22h

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (11. DESENVOLVIMENTO INFANTIL)

Intervenções:

- ✓ Monitorizar peso corporal: Agora/Dia e turno fixo
- ✓ Monitorizar comprimento/altura: Agora/Dia e turno fixo
- ✓ Monitorizar índice de massa corporal: Agora/Dia e turno fixo
- ✓ Monitorizar sinais vitais: Hora fixa 9h, 16h, 23h

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (12. ELIMINAÇÃO URINÁRIA)

Intervenções:

- ✓ Vigiar eliminação urinária: Sem horário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (13. ELIMINAÇÃO INTESTINAL)

Intervenções:

- ✓ Vigiar eliminação intestinal: Sem horário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (14. VENTILAÇÃO)

- Avaliar ventilação: Sem horário



- Ventilação comprometida
- Sem ventilação comprometida

INTERVENÇÕES

- ✓ Monitorizar saturação de oxigénio: Sem horário
- ✓ Monitorizar frequência respiratória: Sem horário
- ✓ Vigiar respiração: Sem horário
- ✓ Elevar a cabeceira da cama: Sem horário
- ✓ Executar inaloterapia: SOS
- ✓ Gerir oxigenoterapia: SOS
- ✓ Monitorizar FiO2: Sem horário
- ✓ Incentivar repouso: Sem horário
- ✓ Posicionar: Sem horário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (15. TOSSIR)

- Avaliar tossir: Sem horário



- Tosse comprometida
- Sem tosse comprometida

INTERVENÇÕES

- ✓ Vigiar tosse: Sem horário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (16. FEBRE)

Intervenções:

- ✓ Monitorizar temperatura corporal: Sem horário
- ✓ Incentivar ingestão de líquidos: Sem horário
- ✓ Executar tratamento com estratégias não farmacológicas: Sem horário

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (17. LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS)

- Avaliar limpeza das vias aéreas (criança): Sem horário



- Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau elevado/moderado/reduzido
- Sem limpeza das vias aéreas comprometida


INTERVENÇÕES

- ✓ Aspirar secreções: Sem horário
- ✓ Lavar: Sem horário



BIBLIOGRAFIA

- Nascimento, T.; Frade, I.; Miguel, S.; Presado, M.; Cardoso, M. (2021). *Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (02), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- International Council of Nurses. (s.d.). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Portugal, Ministério da Saúde. (s.d.). *SClínico | Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>



Anexos

Anexo I

Avaliação metodológica dos estudos incluídos

Assessor: Anna Escaleira	Date of Appraisal: 30/3/2025	Record Number: https://doi.org/10.1037/dev0001392.supp
Study Author: Cooijmans, K., Beijers, R., & Weerth, C.	Study Title: Supplemental Material for Daily Skin-to-Skin Contact and Crying and Sleeping in Healthy Full-Term Infants: A Randomized Controlled Trial	Study Year: 2022

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome

7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?	Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1					
	Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistical Conclusion Validity

11

Were participants analysed in the groups to which they were randomized?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12

Was appropriate statistical analysis used?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Yes	No	Unclear	N/A
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?</p>		
<p>Overall appraisal: Include: <input checked="" type="checkbox"/> Exclude: <input type="checkbox"/> Seek Further Info: <input type="checkbox"/></p>		
<p>Comments:</p>		

Table 3 – The JBI Critical Appraisal Tool for RCTs

Assessor: Anna Escaleira	Date of Appraisal: 30/3/2025	Record Number: https://doi.org/10.1093/tropej/fmad020
Study Author: El Sehmawy, A. A., Younes Elaziz, S., Elwahed, R. M. A., & Elsheikh, A. A.	Study Title: Skin-to-skin contact and its effect on mothers' postpartum psychological distress and their full-term neonate in Egypt	Study Year: 2023

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome						
7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A

Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1					
	Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistical Conclusion Validity

11

Were participants analysed in the groups to which they were randomized?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12

Was appropriate statistical analysis used?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Yes	No	Unclear	N/A
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:

Include:

Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

Table 3 – The JBI Critical Appraisal Tool for RCTs

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer Anna Escalera

Date 30/3/2025

Author Li, W., Yu, Z., & Jing, Y.

Year 2022

Record Number <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03723-2>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Assessor: Anna Escaleira	Date of Appraisal: 30/3/2025	Record Number: https://www.indianpediatrics.net/apr2023/272.pdf
Study Author: Nimbalkar, S., Popat, V., Patil, P., Pujara, R., Shinde, M., & Patel, D.	Study Title: Effect of Kangaroo Mother Care Transport in Preventing Moderate Hypothermia in Low Birth Weight Babies During Transportation to Home After Discharge: A Randomized Controlled Trial.	Study Year: 2022

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome						
7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A

Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1					
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistical Conclusion Validity

11

Were participants analysed in the groups to which they were randomized?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12

Was appropriate statistical analysis used?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Yes	No	Unclear	N/A
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:

Include:

Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

Table 3 – The JBI Critical Appraisal Tool for RCTs

Assessor: Anna Escaleira	Date of Appraisal: 30/3/2025	Record Number: https://doi.org/10.1111/jcpp.13679
Study Author: Rheinheimer, N., Beijers, R., Bruinhof, N., Cooijmans, K. H. M., & de Weerth, C.	Study Title: Effects of daily full-term infant skin-to-skin contact on behavior and cognition at age three - secondary outcomes of a randomized controlled trial	Study Year: 2023

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome						
7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A

Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1					
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistical Conclusion Validity

11

Were participants analysed in the groups to which they were randomized?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12

Was appropriate statistical analysis used?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Yes	No	Unclear	N/A
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:

Include:

Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

Table 3 – The JBI Critical Appraisal Tool for RCTs

Assessor: Anna Escaleira	Date of Appraisal: 30/3/2025	Record Number: https://doi.org/10.1111/mcn.13419
Study Author: Sinha, B., Sommerfelt, H., Ashorn, P., Mazumder, S., Taneja, S., Bahl, & Bhandari, N.	Study Title: Effect of community-initiated kangaroo mother care on breastfeeding performance in low birthweight infants: A randomized clinical trial.	Study Year: 2022

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome						
7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A

Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1					
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistical Conclusion Validity

11

Were participants analysed in the groups to which they were randomized?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12

Was appropriate statistical analysis used?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Yes	No	Unclear	N/A
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:

Include:

Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

Table 3 – The JBI Critical Appraisal Tool for RCTs

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer Anna Escalera

Date 30/3/2025

Author Veeraiah, R., Mangalgi, S., Maralusiddappa, P. G. C., Veerabhadraiah, K. M., & Shenoy, S.
Year 2023

Record Number <https://doi.org/10.1177/09732179231172278>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Assessor: Anna Escaleira	Date of Appraisal: 30/3/2025	Record Number: https://doi.org/10.1111/jog.16132
Study Author: Ying, Y., Chen, S., Bei, L., Y J., & Jin, S.	Study Title: Effect of rooming-in kangaroo mother on breastfeeding and behavioral status of full-term newborns.	Study Year: 2024

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome						
7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A

Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1					
	Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistical Conclusion Validity

11

Were participants analysed in the groups to which they were randomized?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12

Was appropriate statistical analysis used?					
Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Yes	No	Unclear	N/A
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:

Include:

Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

Table 3 – The JBI Critical Appraisal Tool for RCTs