



Politécnico  
de Viseu

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# Efeito da sucção não nutritiva na eficácia da ventilação não invasiva em recém-nascidos prematuros: *scoping review*

Pedro Miguel de Jesus Canas

Dezembro, 2023





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Efeito da sucção não nutritiva na eficácia da ventilação não invasiva em recém-nascidos prematuros: *scoping review***

Pedro Miguel de Jesus Canas

## **Estágio com Relatório Final**

Curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Grau de Mestre

Trabalho efetuado sob orientação da  
Professora Doutora Graça Aparício

Dezembro, 2023



Acredite na sua força e cultive pensamentos positivos, você consegue!

Mayara Benatti



## Agradecimentos

A realização deste Mestrado só foi possível com ajuda de todos os que para ele contribuíram, pelo que deixo o meu agradecimento:

À minha orientadora, Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, pela disponibilidade, apoio, confiança e partilha de conhecimentos na orientação deste caminho, contribuindo para o meu crescimento pessoal e académico.

À minha família, especialmente à minha esposa Sara e aos meus filhos Tiago e Laura, por todo o apoio, amor e compreensão demonstrados em todos os momentos bons e menos bons ao longo deste percurso, por terem acreditado em mim, por serem uma luz na minha vida.

Aos meus colegas e aos meus amigos pela amizade, por me compreenderem, me apoiarem e, me darem motivação para continuar a lutar pelos meus objetivos.

Aos Tutores e outros enfermeiros que me acolheram nos locais de estágio, pela disponibilidade e pela facilitação do desenvolvimento de competências e do crescimento académico e profissional.

O meu mais sincero obrigado!



## Resumo

**Enquadramento:** A formação avançada cria oportunidades para o desenvolvimento de conhecimentos a um nível de excelência, viabilizando a aquisição de competências técnico-científicas, humanas e éticas, sendo todas essenciais ao desempenho de intervenções autónomas de qualidade, no âmbito da Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). O Enfermeiro EESIP deve ser responsável pelo desenvolvimento de práticas de enfermagem baseadas na mais recente evidência científica. Os RNs Prematuros com ventilação não invasiva (VNI) estão sujeitos a diversos estímulos dolorosos que podem interferir com o seu neurodesenvolvimento. A sucção não nutritiva tem sido descrita como estratégia promotora de conforto, mas pouco estudada nos RN em ventilação não invasiva, no sentido de melhorar a eficácia do CPAP.

**Objetivos:** Descrever as atividades realizadas no decorrer dos diversos contextos de estágio; refletir sobre os contributos do percurso formativo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; mapear o efeito da sucção não nutritiva na manutenção e eficácia da ventilação não invasiva em recém-nascidos prematuros, através da realização de uma *scoping review*.

**Metodologia:** Foi utilizada uma metodologia critico-reflexiva sobre as ações desenvolvidas nos estágios de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e Familiar como forma de refletir sobre as competências comuns e específicas desenvolvidas, inerentes ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), tendo como foco uma temática central. Foi realizada uma *scoping review* baseada no protocolo proposto pelo *Joanna Briggs Institute*. Efetuada pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete, RCAAP, B-On e PubMed de estudos publicados a partir de 1980, disponibilizados em texto integral e nos idiomas português, inglês e espanhol. Os estudos foram posteriormente avaliados por dois revisores independentes, com base em critérios de inclusão definidos previamente. Dos 210 artigos iniciais, foram incluídos no estudo 3 estudos, após aplicados os critérios de inclusão.

**Resultados:** O conhecimento científico, relacional e técnico subjacente à prática do cuidar especializado resultou no aperfeiçoamento de competências científicas, técnicas, relacionais e humanas no âmbito do cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. Da mesma forma, no âmbito do cuidar do recém-nascido de alto risco e sua família, e também no âmbito da assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde.

Os resultados evidenciaram que a promoção da sucção não nutritiva nas suas diversas formas enquanto estratégia não farmacológica, utilizada ou complementada com sacarose ou leite materno e ainda ouvir música, promove o conforto do RN prematuro, ao permitir o controlo ou minimização da dor, avaliada por escalas de heteroavaliação, a auto-organização e maior estabilidade do bebé durante a (re)instalação ou manutenção da VNI, melhorando desta forma a sua eficácia.

**Conclusão:** Da análise reflexiva deste documento considera-se demonstrada a aquisição das competências de Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica. Os resultados encontrados na presente *scoping review* corroboram as evidências científicas que demonstram o efeito benéfico da Sucção não nutritiva enquanto estratégia de conforto e promotora do neurodesenvolvimento, com benefícios na eficácia da VNI.

**Palavras-chave:** Enfermagem Pediátrica; Recém-nascido; Comportamento de sucção; ventilação não invasiva; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.



## Summary

**Background:** In advanced training there is the opportunity to develop knowledge at a level of excellence, enabling the acquisition of technical-scientific, human and ethical skills, all of which are essential in the performance of quality autonomous interventions, within the scope of Specialized Nursing in Child and Pediatric Health (EESIP). The EESIP Nurse must be responsible for developing nursing practices, based on the most recent scientific evidence. Sucking is a fundamental basic need for the maturation and development of premature newborns. Premature newborns with non-invasive ventilation are subject to various stimuli in NICUs that can alter their neurodevelopment. Non-nutritive suction is a strategy that promotes neurodevelopment, but it has also been used in clinical practice for other purposes, namely in newborns on non-invasive ventilation, in order to improve the effectiveness of CPAP.

**Objectives:** Describe the activities carried out during the different internship contexts; reflect on the contributions of the training path to the development of common and specific skills as a Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing; to map the effect of non-nutritive sucking on the effectiveness and maintenance of non-invasive ventilation in premature newborns, by carrying out a scoping review.

**Methodology:** A critical-reflexive methodology was used on the actions developed in the Pediatrics, Neonatology and Child and Family Health internships as a way of reflecting on the common and specific skills developed, inherent to the Child and Pediatric Health Specialist Nurse (EESIP), focusing on a central theme. A scoping review was carried out based on the protocol proposed by the Joanna Briggs Institute. A search was carried out in the CINAHL Complete, RCAAP, B-On and PubMed databases for studies published from 1980 onwards, available in full text and in Portuguese, English and Spanish. The studies were subsequently evaluated by two independent reviewers, based on previously defined inclusion criteria. Of the initial 210 articles, 3 articles were included in the study after applying the inclusion criteria.

**Results:** The scientific, relational and technical knowledge underlying the practice of specialized care resulted in the improvement of scientific, technical, relational and human skills in the context of caring for children/young people and families in particularly complex situations. Likewise, in the context of caring for high-risk newborns and their families, and also in the context of assisting children/young people with their families, in maximizing their health.

The results showed that the promotion of non-nutritive sucking in its various forms as a non-pharmacological strategy, used or complemented with sucrose or breast milk and also listening to music, promotes the comfort of premature newborns, by allowing the control or minimization of pain, assessed by heteroevaluation scales, self-organization and greater stability of the baby during the (re)installation or maintenance of NIV, thus improving its effectiveness.

**Conclusion:** From the reflective analysis of this document, the acquisition of Specialized Nursing skills in Child and Pediatric Health is considered demonstrated. The results found in this scoping review corroborate the scientific evidence that demonstrates the effect of non-nutritive Suction as a comfort strategy, promoting neurodevelopment and with benefits in the effectiveness of NIV.

**Keywords:** pediatric nursing; preterm newborn; sucking behavior; non-invasive ventilation; Neonatal Intensive Care Units.



|   |           |
|---|-----------|
| <b>Lista de siglas .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>Lista de quadros.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>Lista de figuras.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>Introdução.....</b>  | <b>19</b> |
| Parte I – Curso formativo para aquisição de competências especializadas   | 21        |
| <b>1 - Curso formativo de aquisição de competências de enfermeiro<br/>especialista em saúde infantil e pediátrica .....</b> | <b>23</b> |
| 1.1 - Enquadramento da unidade curricular Estágio com Relatório Final .....   | 23        |
| 1.2 - Desenvolvimento de competências .....   | 24        |
| 1.2.1 - Estágio de Saúde Infantil e Familiar .....  | 25        |
| 1.2.2 - Estágio de Pediatria .....  | 31        |
| 1.2.3 - Estágio de Neonatologia.....  | 39        |
| <br>  |           |
| Parte II – Estudo de Investigação .....   | 49        |
| <b>1 - Enquadramento teórico .....</b>  | <b>51</b> |
| 1.1 - Prematuridade .....   | 51        |
| 1.2 - Ventilação do Recém-Nascido.....  | 53        |
| 1.2.1 - Ventilação Não Invasiva.....  | 55        |
| 1.2.2 - Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com Ventilação Não<br>Invasiva.....   | 56        |
| 1.3 - Estratégias não farmacológicas para diminuição do desconforto .....   | 58        |
| 1.4 - A sucção do recém-nascido prematuro com ventilação não invasiva.....  | 59        |
| <b>2 - Metodologia .....</b>  | <b>61</b> |
| 2.1 - Tipo de estudo .....  | 61        |
| 2.2 - Questão de investigação e objetivos .....   | 62        |
| 2.3 - Critérios de inclusão e de exclusão .....   | 63        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.4 - Estratégia de pesquisa .....                                 | 64        |
| 2.5 - Seleção dos estudos .....                                    | 66        |
| 2.6 - Extração de dados.....                                       | 71        |
| 2.7 - Resultados.....  | 74        |
| <b>3 - Discussão .....</b>   | <b>81</b> |
| <b>Conclusão.....</b>  | <b>85</b> |
| <b>Referências Bibliográficas .....</b>                            | <b>88</b> |
| Apêndices .....  | 94        |
| Apêndice 1 - Projeto de estágio de Pediatria.....                  | 96        |
| Apêndice 2 - Projeto de estágio de Saúde Infantil e Familiar ..... | 102       |
| Apêndice 3 - Projeto de estágio de Neonatologia.....               | 106       |
| Anexos.....  | 109       |
| Anexo 1 - Flyer “A chupeta – Como escolher a mais adequada”.....   | 111       |
| Anexo 2 - Testes de relevância II dos artigos excluídos.....       | 113       |

## **Lista de siglas**

APA - American Psychological Association

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DGS - Direção Geral da Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Infantil e Pediátrica

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

JBI - Joanna Briggs Institute

MeSH - Medical Subject Headings

NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no  
Desenvolvimento

OE - Ordem dos Enfermeiros

RCT - Randomized Controlled Trial

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido Prematuro

ScR - Scoping Review

SDR - Síndrome de Dificuldade Respiratória

SNN - Sucção Não Nutritiva

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF - Unidade de Saúde Familiar

VNI - Ventilação Não Invasiva



## **Lista de quadros**

**Pág.**

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 - Estratégia PCC para a formulação da questão de investigação.....   | 62 |
| Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos.....                  | 63 |
| Quadro 3 - Estratégia de pesquisa.....  | 65 |
| Quadro 4 - Teste de Relevância I (TRI).....                                   | 67 |
| Quadro 5 - Teste de Relevância II (TRII).....                                 | 68 |
| Quadro 6 - Referências e motivo de exclusão dos estudos sujeitos a TR II..... | 69 |
| Quadro 7 - Síntese descritiva dos estudos incluídos na revisão.....           | 71 |
| Quadro 8 - Síntese da evidência do estudo (E1) de Tekgündüz .....             | 75 |
| Quadro 9 - Síntese do estudo (E2) de Antunes et al. (2013).....               | 76 |
| Quadro 10 - Síntese do estudo (E3) de Rodrigues et al. (2017).....            | 78 |
| Quadro 11 - Síntese das estratégias e indicadores de eficácia.....            | 79 |



## **Lista de figuras**

**Pág.**

Figura 1 - Modelo Neonatal Integrativo de Cuidados de Desenvolvimento.....58

Figura 2 - Diagrama de Fluxo Prisma.....70



## Introdução

A exigência cada vez maior de cuidados de qualidade, a complexidade dos problemas de saúde na faixa etária pediátrica e a satisfação com o trabalho, implicam uma maior necessidade de formação específica e pós-graduada, no sentido de promover um desenvolvimento pessoal e profissional que responda a esses desafios, sustentado numa prática baseada nas melhores evidências disponíveis.

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, integrada no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, com a duração de 750 horas no global e sob orientação da Professora Doutora Graça Aparício.

O presente Relatório tem a finalidade de documentar o trajeto académico realizado durante esta UC, para obtenção do grau de mestre e especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, traduzindo o desenvolvimento, a aquisição e a integração de conhecimentos para a prestação de cuidados especializados, nos diferentes contextos de estágio. A definição de uma temática central e transversal à aquisição de competências, implicou o desenvolvimento de um estudo de Revisão *Scoping* sob o tema “efeito da sucção não nutritiva no recém-nascido prematuro na eficácia da ventilação não invasiva” e é descrito neste relatório, no âmbito da aquisição de competências numa prática baseada na evidência.

A utilização da sucção não nutritiva nos recém-nascidos prematuros que necessitam de ventilação não invasiva é uma prática habitual nas unidades de cuidados intensivos neonatais, que, contudo, carece de respostas científicas quanto à sua eficácia na promoção de um conjunto de benefícios ao RN a vivenciar aquela situação clínica, sobretudo no alívio da dor e desconforto e melhor ajustamento à modalidade ventilatória, melhorando assim a prática do procedimento, um cuidado autónomo da equipa de enfermagem. A preocupação com a promoção das boas práticas dos cuidados de enfermagem é cada vez maior e concretiza-se na procura das evidências mais atualizadas.

Foi com base nestes pressupostos e com a finalidade de enquadrar a temática e justificar a escolha do tema central que se iniciou este percurso investigativo.

Este documento resulta ainda de uma reflexão aprofundada sobre os conhecimentos teóricos e as competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio e do trabalho desenvolvido com base na temática central, cujos principais objetivos foram:

- Descrever as atividades realizadas nos diversos contextos de estágio;

-Refletir sobre as práticas com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica;

- Mapear o efeito da sucção não nutritiva na manutenção e eficácia da ventilação não invasiva em recém-nascidos prematuros.

O relatório está organizado em duas grandes partes, organizadas de forma sistemática e estruturada. Na primeira parte é apresentado o percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, onde se insere uma breve contextualização dos diferentes estágios, descrição dos locais onde estes decorreram e a reflexão subjacente a esse percurso formativo, as experiências vivenciadas, os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas para a aquisição das competências intrínsecas à especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A segunda parte é constituída pelo enquadramento conceptual da problemática abordada, e pela realização de uma *Scoping Review*, na procura de evidências sobre o efeito da sucção não nutritiva na eficácia da ventilação não invasiva em recém-nascidos prematuros, onde é descrita a metodologia utilizada, os resultados, a discussão e a conclusão final.

Este documento está formatado de acordo com o Guia de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Viseu, assim como as referências bibliográficas apresentadas, se encontram estruturadas segundo as normas da *American Psychological Association (APA)*, 7ª edição.

**Parte I - Percorso formativo para aquisição de competências  
especializadas**



## **1 - Percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica**

“A formação pós-graduada surge como uma forma de colmatar lacunas que possam existir a nível de conhecimento científico e prático, trazendo novas perspetivas e desenvolvimentos profissionais, e paralelamente pessoais, e também para a própria organização” (Alves, 2014).

O mesmo autor refere que as razões apresentadas pelos enfermeiros para a formação pós-graduada foram variadas, desde a motivação e interesse pela pesquisa e uma maior consciencialização da Enfermagem como disciplina do conhecimento, à metodologia de trabalho e o sentido crítico sobre as práticas.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, o desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais ocorre de forma a capacitar para cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz.

### **1.1 - Enquadramento da unidade curricular Estágio com Relatório Final**

Este relatório foi elaborado na unidade curricular “Estágio com Relatório Final - Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia”, incluído no 3º semestre, do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Esta unidade curricular tem a duração total de 750h, das quais 570h são de contato, divididas em 390h de estágio e 180h de orientação tutorial. Está dividida em três áreas: o Estágio de Saúde Infantil e Familiar, realizado numa Unidade de Saúde Familiar, com a componente de 130h de estágio e que decorreu de 2 de janeiro a 10 de fevereiro de 2023; o Estágio de Pediatria, realizado num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, com a componente de 130h de estágio, que decorreu de 20 de fevereiro a 31 de março de 2023; e o Estágio de Neonatologia, realizado numa Unidade de Neonatologia, com a componente de 130h de estágio, que decorreu de 22 de maio a 30 de junho de 2023.

Para objetivar a aprendizagem foram delineados vários focos: o desenvolvimento de

competências comuns, na prática profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens, bem como competências específicas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica nos três níveis de prevenção, suportados em projetos de aprendizagem orientados por objetivos de nível avançado e desenvolvidos para os estágios de Saúde Infantil e Familiar, Pediatria e Neonatologia e pela realização de relatórios de forma a evidenciar a capacidade de reflexão e de comunicação, criando evidências para contribuir na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido, criança, jovem, família e comunidades. A difusão do conhecimento emergente traduz-se na elaboração do trabalho de Relatório Final.

Na formação especializada em Enfermagem, o estágio dá forma a um momento privilegiado e de forte relevância na estrutura da aprendizagem e no desenvolvimento de competências profissionais e pessoais. Deste modo, a componente prática que abarca, justifica os projetos (Apêndices 1, 2 e 3) em contexto clínico, que devido à sua permanente mudança, implicaram documentos flexíveis. Neste sentido, os respetivos projetos elaborados foram reformulados, alterados e dinamizados sempre que se considerou oportuno, para prestar cuidados de excelência, personalizados e adequados às reais necessidades do RN/crianças/jovens e família.

Os objetivos delineados constituíram uma base que sustentou e justificou as ações desenvolvidas, assim como, um importante instrumento de avaliação das atividades desempenhadas, traduzidas pela realização de uma reflexão de estágio.

A metodologia utilizada foi baseada na consulta do guia orientador do estágio; do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros.

## **1.2 - Desenvolvimento de competências**

Nesta fase de aprendizagem, uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional é preponderante, incitando à integração detalhada da natureza dos cuidados de Enfermagem e/ou da área de atuação profissional, de modo a garantir uma prestação de cuidados de qualidade.

### 1.2.1 - Estágio de Saúde Infantil e Familiar

Os cuidados de saúde primários (CSP) são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, dirigindo os cuidados de saúde o mais próximo possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham (International Council of Nurses, 2008).

A Unidade de Saúde Familiar (USF) é uma unidade de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, e desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras Unidades Funcionais do ACES.

A USF onde decorreu o estágio está integrada no ACES Baixo Mondego e iniciou funções em julho de 2007, sendo, à data, constituída por uma equipa multiprofissional de 5 médicos, 5 enfermeiros e 4 assistentes técnicas. Em outubro de 2021 viu efetivada a sua passagem a Modelo B. A USF partilha este espaço físico com outras unidades e serviços.

A USF definiu como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. É priorizada a formação contínua dos profissionais e a sua satisfação, a capacitação e literacia dos utentes bem como o desenvolvimento das competências dos cuidadores. Tem ainda como missão, colaborar na formação pré e pós-graduada e de contribuir e desenvolver investigação em saúde.

A sua visão é ser uma unidade geradora de profissionais e utentes satisfeitos, de referência na qualidade dos cuidados prestados, sustentando a sua atividade de forma humanizada e holística, pela construção de uma relação individualizada e próxima com o utente/família, integrado no seu contexto biopsicossocial, e ser uma unidade de referência na formação pré e pós-graduada para os diferentes grupos profissionais e na investigação em saúde.

A USF tem como valores: Ética (respeito pela dignidade da pessoa humana, particularmente daquela que nos procura fragilizada pela doença, respeitando os princípios da autonomia do utente, da beneficência, da não maleficência e da justiça), Profissionalismo (atenção à individualidade, usando os conhecimentos técnico-científicos, respeitando os princípios da instituição e as características de cada grupo profissional), Deontologia (os deveres para os quais fomos formados, de acordo com os princípios da imparcialidade e do respeito pela pessoa e garantia da sua individualidade), Qualidade (atentos e sensíveis às sugestões e críticas emanadas pela equipa e pelos utentes, usando as mesmas de modo pró-ativo, na atualização contínua e na melhoria da prestação de cuidados), Articulação (receber,

encaminhar e gerir com outros serviços ou instituições os cuidados que melhor contribuam para prevenir, tratar, minorar o risco e o sofrimento, do indivíduo e sua família inserida na comunidade).

A intervenção de enfermagem centrada na família é uma abordagem do cuidar, apoiado na relação colaborativa e interacional entre profissionais e famílias. A reestruturação dos cuidados de saúde expandiu e ampliou a prática de enfermagem com base na família, razão pela qual entendemos pertinente conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados (Rodrigues, 2013).

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente defende, para a área da Saúde Infantil e Pediátrica, uma conceção do cuidar apoiada numa prática de cuidados centrada na unidade familiar, que mire a sua promoção e que circunde tomadas de decisão assentes numa parceria entre Crianças, Pais e Enfermeiros (Portugal, 2009).

Os Cuidados Centrados na Família assentam no pressuposto de que a Família é também alvo dos cuidados, procurando-se manter e reforçar os papéis e laços da Família com a Criança e ajudar a manter as normais rotinas familiares (Apolinário, 2012).

O DL 118/2014, de 5 de agosto, define o enfermeiro de família como o profissional de enfermagem, incluído na equipa multiprofissional de saúde, que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todas as situações da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

A consulta de saúde infantil e juvenil tem como objetivos a vigilância, promoção de saúde e a prevenção da doença das crianças e jovens com idades inferiores aos 18 anos. Neste âmbito, a vigilância do seu crescimento e desenvolvimento assume grande importância. O desenvolvimento psicomotor da criança é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Porém, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de criança para outra e, naturalmente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere. A avaliação do desenvolvimento permite identificar prematuramente as perturbações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias, o que é preconizado pelos objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em CSP (DGS, 2013).

Todas as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ) realizadas cumpriam a avaliação dos parâmetros desenvolvimentais para a idade constantes nesta escala, com exceção de um menino de 3 anos, que apesar de nas consultas anteriores cumprir os parâmetros da escala, já estava referenciado anteriormente com síndrome nefrótico. Após observação da criança e deteção de alguns sinais de alarme com a aplicação da Escala de Sheridan optou-se, após discussão com a médica da equipa multidisciplinar, pelo encaminhamento para o SNIPI. De acordo com a DGS (2013), as crianças com

deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Dentro dos critérios de elegibilidade para Intervenção Precoce na Infância, esta criança apresentava a situação prevista como “Risco grave de atraso de desenvolvimento” pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança (DGS, 2013).

As consultas constituem uma oportunidade privilegiada na avaliação, promoção, intervenção e orientação na transição de saúde/doença junto da comunidade. As consultas de enfermagem são prévias à consulta médica, mas também podem ser realizadas isoladas da consulta médica em situações específicas. Neste sentido, foi constatado que as enfermeiras também fazem consulta independentes: teleconsulta (não presencial), quando algum foco identificado necessita de uma maior vigilância ou mesmo articulação com um objetivo também de promover uma consulta presencial quando necessário.

No estágio na USF, tive a oportunidade de realizar e/ou assistir a várias consultas de vigilância de Saúde Infantil e juvenil correspondentes a cada uma das idades-chave propostas pela DGS. Antes da realização da consulta procurava conhecer a história da criança e família, intercorrências anteriores, entre outros aspetos relevantes para a consulta. Pretendeu-se estimular os comportamentos promotores de saúde (nutrição, exercício físico, prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança), transmitindo ensinamentos sobre a prevenção, identificação e como abordar as doenças comuns nas várias idades.

Delineando a continuidade de cuidados, todos os aspetos referentes à consulta são registados no sistema de informação de saúde SClinico, Registo de Saúde Eletrónico, Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e no Boletim Individual de Saúde – Registo de Vacinas.

O sistema de informação SClinico foi uma mais-valia, uma vez que permite um fácil acesso à informação com mais qualidade e, conseqüentemente, uma gestão mais eficiente dos cuidados de saúde. Este sistema que facilita a partilha de informação entre os profissionais da equipa multidisciplinar e a continuidade de cuidados, potencia o conhecimento do cliente, e promove cuidados de saúde mais individualizados, mais efetivos, mais eficazes e eficientes. A sua utilização tem também como vantagem a utilização de linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), bem como o acesso, durante a consulta, e de forma sistematizada, aos aspetos a avaliar, tais como a Escala de Mary Sheridan, a avaliação estatoponderal das crianças/jovens, a dentição com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), os sinais de alerta a identificar, os cuidados antecipatórios e todos os registos efetuados anteriormente sobre a criança e família, a avaliação familiar e o SNIPI. O programa SClinico® promove a monitorização e avaliação dos percentis de crescimento e assim permite mostrar aos pais

e/ou crianças/jovens o percentil em que estas se encontram.

Outro instrumento importante nas consultas, foi o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). Este documento tem como finalidade o registo dos eventos mais importantes relacionados com a saúde da criança e do jovem. Assim, quando a criança/jovem tiver contacto com os serviços de saúde (consulta, urgência, internamento) e se for portador deste Boletim, os profissionais têm acesso à informação da criança. É essencial que todos os profissionais envolvidos no atendimento registem os dados relevantes.

De igual forma, as curvas de crescimento são um instrumento básico para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento de crianças e de adolescentes. O desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é essencial para uma vida adulta saudável e, deste modo, tem implicações importantes na saúde das populações (DGS, 2013). Este é um parâmetro que interessa aos pais, e é uma ilustração material do estado de desenvolvimento das crianças.

Os pais, ao longo das consultas, foram incentivados a escreverem as suas dúvidas neste documento, bem como a lerem as informações importantes para a promoção e manutenção da saúde incluídas neste documento, e que os podem auxiliar, como primeiros promotores pela saúde dos filhos e dos jovens, a cuidar melhor da sua saúde.

A verificação e o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação foram uma constante ao longo das CESIJ, bem como o rastreio de doenças metabólicas e a elegibilidade para a vacina BCG.

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

Quando o recém-nascido vem pela primeira vez à consulta, é também agendada para mãe a consulta do puerpério para 4 a 6 semanas após o parto.

A DGS (2013), recomenda uma avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar sempre que se contacta com a criança/jovem/família. Salaria também, que no primeiro ano de vida deve-se ter especial atenção o estado emocional da mãe ou do principal cuidador, pelo risco de depressão pós-parto, uma vez que esta condição de saúde poderá interferir negativamente no desenvolvimento da criança.

Em relação ao recém-nascido, a consulta é focada e orientada para os seguintes focos:

desenvolvimento infantil, vacinação, vinculação, papel parental, amamentação. Relativamente à mãe, os focos visados são: papel parental, monitorização da depressão pós-parto e planeamento familiar.

Nas CESIJ, dada a diversidade de idades dos clientes consultados, foram diversas as áreas de preocupações dos pais e/ou crianças e jovens e nesse sentido, foram também diversas as áreas de ensinamentos, garantindo sempre a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças/jovens.

Nas consultas dos RN e latentes, as principais preocupações dos pais, e que motivaram os ensinamentos realizados, relacionavam-se com a amamentação, alimentação, hábitos de sono e síndrome de morte súbita do latente. A alimentação foi também um assunto frequentemente abordado nas consultas realizadas, apesar dos hábitos alimentares das crianças estarem a caminhar para hábitos mais saudáveis (DGS, 2018).

Na adolescência, as transformações físicas são exuberantes, as capacidades cognitivas aumentam, o repertório afetivo enriquece-se e o processo de socialização estrutura-se de uma forma mais sofisticada (DGS, 2013). Deste modo, a consulta do adolescente assume características específicas para que o enfermeiro consiga estabelecer empatia e consiga obter informações e compromisso com o adolescente. Para ajudar o profissional de saúde na consulta ao adolescente, Goldenring e Cohen descreveram, em 1985, o acrónimo HEADS, que foi progressivamente aumentando, para HEEDSSS. Assim: H (home - casa, família); E (education e employment - escola e emprego); E (eating - alimentação); A (activities - atividades desportivas e de lazer); D (drugs - consumos, adição); S (sexuality - sexualidade); S (Suicide - depressão, suicídio, humor); S (Safety - segurança, acidentes, violência) (DGS, 2013).

Conforme referido anteriormente, as CESIJ são momentos essenciais para a execução do Plano Nacional de Vacinação. As principais medidas não farmacológicas de alívio da dor utilizadas durante este procedimento foram: a amamentação e sucção não nutritiva nos recém-nascidos e latentes, e a distração em crianças mais velhas. Contudo, foi frequente, ao longo do estágio, o choro aquando da administração de vacinas, apesar da implementação destas medidas. Aliado ao objetivo do relatório final, foi pertinente e oportuno realizar uma sessão de formação sobre a chupeta. A sessão de formação, concebida inicialmente para a formação em serviço à equipa de enfermagem em formato digital, após consideração do conselho técnico da USF, visando o empoderamento nas consultas de vigilância da gravidez e CESIJ, foi definido elaborar um flyer informativo.

A chupeta associada à sucção não nutritiva, é uma das medidas não farmacológicas de alívio da dor nos recém-nascidos e crianças pequenas. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), o controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática, e nesse sentido, o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do recém-nascido. O

modelo conceptual de cuidados dos EEESIP centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família. Deste modo, estes enfermeiros especialistas precisam fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

É de salientar que são várias as intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança. A escolha das intervenções depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor, do contexto e das suas características. Durante as CESIJ, em crianças mais velhas e adolescentes, foi utilizada a técnica da distração, que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso, o que é especialmente útil para controlar «dores» de curta duração como a vacinação. Foi também utilizada a técnica do reforço positivo que promove o elogio da criança ou recompensa após procedimentos dolorosos, utilizando estratégias positivas para o alívio da dor como autocolantes promotores da coragem demonstrada.

Neste estágio, tive a oportunidade de acompanhar uma enfermeira da UCC a desenvolver o projeto “Mais contigo” no âmbito da Saúde Escolar numa turma do 8º ano de uma escola do concelho, o que se revelou uma experiência enriquecedora e fomentadora de novos conhecimentos.

“O projeto + Contigo constitui-se como um projeto de investigação longitudinal baseado numa intervenção multinível em rede, no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos da esfera suicidária. Tem como objetivos gerais promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo e secundário; prevenir comportamentos da esfera suicidária; combater o estigma em saúde mental; criar uma rede de atendimento de saúde mental. Tem como objetivos específicos promover habilidades sociais; promover o auto-conceito; promover a capacidade de resolução de problemas; promover a assertividade na comunicação; melhorar a expressão e gestão de emoções; detetar precocemente situações de distúrbio mental e fortalecer redes de apoio nos serviços de saúde ” (Santos et al, 2014, p.47).

A experiência profissional em neonatologia contribuiu de diferentes formas para as várias atividades desenvolvidas neste contexto de estágio. Relativamente à sessão formativa realizada, esta beneficiou da experiência existente no planeamento e apresentação de comunicações ao longo do percurso académico. Por outro lado, a realização da CESIJ foi favorecida pelo conhecimento proveniente da prática de alguns hábitos, crenças e formas tradicionais de cuidar do recém-nascido, característicos dos cuidados de enfermagem desenvolvidos no serviço de neonatologia. Por último, o reconhecimento da importância da chupeta no desenvolvimento, conforto, saúde e bem-estar dos recém-nascidos internados

serviu de base para o desenvolvimento de outros conhecimentos e competências nesta área com crianças e jovens.

Durante este estágio, procurei criar uma relação empática, quer com a criança, quer com a família, adequando o meu discurso à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança, para que assim, conseguisse colher a informação necessária à realização da consulta e para transmitir a informação/conhecimentos e para realizar ensinamentos com vista à mudança de comportamentos. A enfermeira tutora conhece cada família que pertence ao seu ficheiro, e sendo eu a iniciar a CESIJ, foi por vezes difícil e desafiante orientar, porque os pais, sobretudo os pais de recém-nascidos, procuram com quem estão habituados, e com quem realizaram consultas anteriores. Porém, com a ajuda da enfermeira tutora fui conseguindo superar este obstáculo.

Foi também desafiante, a realização das CESIJ com as outras enfermeiras da USF pelas características individuais de cada uma. Por outro lado, foi uma mais-valia pela partilha dos vastos conhecimentos e experiência.

### **1.2.2 - Estágio de Pediatria**

O estágio de Pediatria decorreu num serviço de internamento de crianças, mais concretamente numa unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital central da região centro do país.

A área de influência do Hospital abrange toda a Região Centro do país, constituindo ainda uma referência nacional para patologias específicas.

Em termos gerais, o hospital tem como objetivos assegurar cuidados hospitalares às crianças, privilegiando o ambulatório, minimizando a duração do internamento, assegurando cuidados integrais, de saúde e outros, como a escola ou o serviço social, a permanência das mães ou dos pais, a cooperação com outros hospitais e com os cuidados de saúde primários, uma gestão eficiente e o ensino.

O lema do hospital é “infinita dedicação a cuidar das crianças e adolescentes”, serviu e continuará a servir para enquadrar uma prática clínica, de investigação e de ensino, que o colocou e o irá manter no nível de excelência.

O Serviço tem como missão prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação a todas as crianças que são admitidas ou que necessitam de transporte inter-hospitalar pediátrico na Região Centro.

Tem como intenção conduzir as atividades clínicas com base numa cultura de qualidade, segurança e humanização de cuidados, focados nas necessidades e expectativas

das crianças e respetivas famílias, sendo este um pilar estruturante do funcionamento do serviço. O propósito é garantir uma medicina de excelência, baseada no conhecimento científico, no respeito pelos valores humanos e pelo superior interesse da criança. A equipa de saúde é constituída por profissionais experientes e diferenciados com competência para rapidamente responder e tratar situações críticas. O serviço procura minimizar os inconvenientes resultantes do internamento e luta pela preservação da integridade física, emocional e afetiva das crianças e seus familiares (Trindade, 2020).

Neste serviço são prestados cuidados multidisciplinares diferenciados, médicos e cirúrgicos, destinados a todas as crianças dos 0 aos 18 anos de idade da região centro, e por vezes a crianças de outras regiões.

A sua população alvo são: Recém-nascidos na primeira semana de vida com necessidade de internamento, sobretudo para cuidados cirúrgicos e terapêuticas diferenciadas não disponíveis nas maternidades; Crianças criticamente doentes do foro médico, cirúrgico e traumatológico; Crianças com insuficiência hepática aguda ou crónica agudizada e cuidados pós-cirúrgicos na transplantação hepática como Serviço de referência nacional e Transporte Inter-hospitalar Pediátrico de recém-nascidos e crianças de risco ou criticamente doentes da região centro.

O Serviço está planificado em 2 áreas funcionais: o internamento de cuidados intensivos pediátricos e o transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP) sob a responsabilidade de um médico em cada área e de um enfermeiro-chefe comum às duas áreas.

O espaço físico de internamento está dividido em duas áreas, ambas com 9 camas cada. Os leitos estão distribuídos por 2 amplas salas abertas com 7 camas cada e 4 quartos individuais, sendo uma das 7 camas uma box em vidro que garante maior privacidade. Atualmente estão ativas 12 das 18 camas disponíveis.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros especialistas e enfermeiros, liderados por uma Enfermeira Gestora. Os cuidados de enfermagem são garantidos com o rácio enfermeiro/cama, se possível, de 1/1 no turno da manhã e nos restantes turnos é de 1/2. Diariamente está escalado um enfermeiro exclusivamente para o TIP.

O método de trabalho de enfermagem é o método individual. Os cuidados de enfermagem são prestados essencialmente de uma forma individualizada, mas colaborativa, pela complexidade de cuidados inerentes a uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. Para Verde (2013), o método individual de trabalho caracteriza-se pela distribuição de um número de clientes a um enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de todos os cuidados durante o seu turno. Permite uma individualização dos cuidados e, conseqüentemente, uma maior satisfação dos clientes, bem como promove a responsabilidade do enfermeiro pelo facto de todos os cuidados serem prestados por um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os mesmos.

A distribuição dos doentes é efetuada por plano de trabalho, elaborado semanalmente pela enfermeira gestora. Tem em conta a experiência dos enfermeiros por grupo de trabalho, procurando sempre ter um enfermeiro mais experiente em cada turno (responsável de turno). São seis enfermeiros no turno da manhã e cinco enfermeiros nos turnos da tarde e noite. A distribuição semanal é rotativa relativamente às unidades dos doentes, podendo ser ajustada de acordo com a complexidade dos cuidados a prestar. Cada enfermeiro tem ao seu cuidado, duas crianças de cuidados intensivos ou três de cuidados intermédios, procurando-se que permaneça com os mesmos doentes durante um período de “roulement”.

O Serviço apresenta um projeto de formação contínua como uma das principais estratégias promotoras da qualidade, tornando-se num pilar fundamental para o desenvolvimento dos profissionais e para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

O Serviço é reconhecido de acordo com o processo de acreditação desde 11/05/2016. Segundo o SNS (2017), o reconhecimento da qualidade clínica, de acordo com padrões internacionais predefinidos, tem como objetivo primordial ganhar, cada vez mais, a confiança dos cidadãos. Por outro lado, o processo de certificação e de acreditação promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão e contribui para incrementar a eficiência, reduzindo os custos da não qualidade.

No âmbito deste percurso formativo, o estágio desenvolvido constituiu um momento diferenciador, não só pelas preferências e objetivos pessoais, mas também pelas diversas e enriquecedoras oportunidades de aprendizagem.

A organização do serviço, validada e reconhecida pela acreditação atribuída, a utilização de tecnologia de ponta e procedimentos técnicos diferenciados, proporcionaram oportunidades únicas para prestar cuidados de nível avançado e elevada qualidade técnica à criança em situação crítica, contribuindo para a aquisição de competências em EEESIP.

A minha integração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar foi adquirida com relativa facilidade, principalmente devido ao espírito aberto e de entreajuda dos diversos elementos, e sobretudo das minhas tutoras.

No processo de integração de um estudante de enfermagem num novo contexto, é basilar a simbiose entre supervisor/supervisionado, com acompanhamento contínuo e estabelecimento de relação próxima, facilitadora de todo o processo.

“O enfermeiro assume o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.20).

O processo de enfermagem é um método sistemático e organizado de tomada de

decisões sobre os cuidados de enfermagem, precisando de ser analisados e interpretados os dados da situação da criança com exatidão, e formular um plano de cuidados em colaboração com a criança e família. É utilizada a linguagem CIPE que permite a utilização de uma linguagem comum para uma comunicação objetiva e eficaz na garantia da continuidade dos cuidados e na visibilidade da qualidade dos seus cuidados através do sistema B-ICU.

A linguagem CIPE é uma linguagem com a qual estou entrosado tendo em conta que o sistema B-ICU fez parte da minha prática profissional durante uma experiência de mobilização devido à pandemia COVID 19 para o Serviço de Medicina Intensiva, o que foi facilitador na familiarização com os sistemas de documentação.

O controlo de qualidade e desempenho constitui uma das maiores preocupações de um sistema de informação de saúde. Os estudos analisados evidenciam a relevância dos sistemas de informação como um suporte às práticas de enfermagem, dado que disponibilizam informações de forma fácil e segura, sendo uma ferramenta de apoio à gestão. Além disso, promovem a personalização do cuidado e repensam os cuidados prestados. Nas organizações de saúde onde existem Sistemas de Informação de Enfermagem, estes promovem a qualidade e continuidade dos cuidados e permitem uma constante atualização do processo do utente, fomentando a personalização do cuidado, o acesso de outros profissionais e redução do risco de acessos não autorizados (Fernandes et al, 2016).

Os sistemas de informação de saúde constituem uma fonte indispensável de suporte à decisão e prática clínica e permitem um acesso mais produtivo a indicadores de enfermagem, contribuindo para aumentar o conhecimento, segurança e eficiência do processo de saúde. Por isso, os enfermeiros devem primar por registos completos e detalhados, essenciais para a prática baseada na evidência (Fernandes et al, 2016).

A documentação dos cuidados de Enfermagem utilizando a CIPE permite melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde ao fornecer dados sistemáticos, recuperáveis, acerca dos cuidados de saúde em todo o mundo (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

De modo a prestar os cuidados de enfermagem de qualidade, um enfermeiro precisa de competências a vários níveis, e ao colaborar com a enfermeira tutora e restante equipa de enfermagem, de forma gradual, foi possível dinamizar a autonomia nas diversas atividades de enfermagem.

Assim, a adaptação ao estágio, foi de forma gradual, em que os primeiros dias serviram maioritariamente para observação e, à medida que o tempo ia decorrendo, a minha colaboração foi aumentando, permitindo-me aperfeiçoar competências (técnicas e comunicacionais), estabelecer prioridades e otimizar recursos e tempo.

Em determinada altura do estágio, a maioria da população internada eram recém-nascidos pré-termo, e a partilha de conhecimentos foi uma constante. Assim, fomos

debatendo os pontos em comum, bem como as diferenças existentes na prática, com maior evidência a nível terapêutico e cuidados desenvolvimentais. A nível terapêutico, e partindo da mesma terapêutica utilizada no meu contexto profissional, surgiram pequenas diferenças a nível da preparação. Em termos dos cuidados desenvolvimentais, foi visível a priorização destes, mas o contexto de *open space* da unidade limita todas as preocupações com estes cuidados. Os recém-nascidos, mesmo em incubadoras, necessitam de medidas neuroprotetoras e privacidade para cuidados de enfermagem, nem sempre possíveis neste contexto de *open space*.

Este estágio permitiu-me contactar com situações que não são habituais no serviço onde trabalho, nomeadamente, os cuidados pós-cirúrgicos imediatos e a hipotermia induzida. São exemplo disso, o período pós-cirurgia de uma atresia do esófago. Esta situação que consegui observar no decorrer do estágio representa um grau elevado de complexidade de cuidados a um RN que estava ventilado, sedado e curarizado, com 2 drenos torácicos, vários cateteres centrais, infiltração num membro inferior com penso de vácuo e medicação que era necessário gerir devido às diversas incompatibilidades entre as mesmas. Ao mesmo tempo apresentava várias alterações hemodinâmicas, o que levava a intervenções constantes como a reanimação.

Em relação à hipotermia induzida, tive também oportunidade de acompanhar no serviço onde trabalho o RN ao qual prestei cuidados em estágio. É um procedimento não disponível nas maternidades e que é realizado aos RN que necessitam de tratamento da encefalopatia hipoxico-isquémica neonatal definida genericamente por um quadro de coma e convulsões no período neonatal precoce, que é muitas vezes consequência de um processo de hipoxia-isquémia no período perinatal. Para a Secção de Neonatologia (2012), esta técnica tem mesmo sido considerada recentemente uma abordagem *standard of care* no tratamento de recém-nascidos com encefalopatia hipoxico-isquémica, tendo em conta evidência crescente da segurança e eficácia, e na ausência de outras intervenções terapêuticas disponíveis.

A observação e avaliação são dois conceitos que aparecem muito associados, isto é, observar é um elemento básico para uma boa avaliação e um passo fulcral para um diagnóstico bem fundamentado (Alarcão, 2003).

Durante este estágio, foi evidente a forma como a enfermeira tutora abordava os pais nos momentos mais importantes e difíceis do internamento da criança. Esta, com base na linguagem não-verbal, conseguia interpretar as emoções dos pais e direcionava-se para as necessidades destes, de modo a promover o conformo emocional adequado à situação.

O profissional de saúde necessita dominar os aspetos envolvidos na comunicação não-verbal. Para a prestação da assistência, é necessário demonstrar carinho e atenção: ouvir, expressar um olhar atencioso, tocar e reconfortar. Tais ações apresentam contribuição essencial à segurança, proteção e autoestima de uma pessoa, visto que, ao estabelecer uma

boa comunicação com os outros, contribui-se para a diminuição de conflitos e mal-entendidos, tornando as relações mais harmônicas ,alcançando-se os objetivos terapêuticos com mais eficiência e satisfação (Ramos *et al*, 2012).

De acordo com o GOBP – Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização, os pais, no hospital, querem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os ativistas deste processo: com aceitação e integração de forma sólida, com informação e orientação em tempo oportuno, aumentando a autoconfiança dos pais para que consigam eles próprios gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho (OE, 2015, p.14).

Num contexto de internamento como o deste estágio, a morte é uma realidade comum. Deste modo, houve uma situação de uma morte previsível e a preparação da família para tal tornou-se fundamental. A comunicação de más notícias é baseada no Protocolo SPIKES, adaptado ao contexto da pediatria. O protocolo SPIKES é utilizado como uma referência mundial, e tem como objetivo habilitar os profissionais de saúde na transmissão de más notícias através dos pontos fulcrais: recolher informação do doente, transmitir as informações médicas, proporcionar apoio emocional e estabelecer um contrato com o doente na elaboração de um plano para o futuro. Para atingir esses objetivos é necessário concluir seis tarefas ou etapas, cada uma associada a habilidades específicas. Nem todos os episódios de comunicação de más notícias exigirão todas as etapas do SPIKES, mas quando o fizerem, eles devem seguir um ao outro em sequência (Baile *et al*, 2000).

Um dos aspetos valorizados no decorrer deste estágio foi a dor na criança. Tendo em conta o contexto clínico, foram abordadas as medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor. Deste modo, a minha abordagem face a uma criança com dor, ficou mais fundamentada e hierarquizada.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013, p.5), “o controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática. É preciso não esquecer que a Direção-Geral da Saúde instituiu este sintoma como 5º sinal vital. Torna-se, pois, imprescindível diagnosticar a presença e a intensidade da dor, avaliar, intervir e registar. E se nos adultos nem sempre a estratégia mais adequada passa pela solução farmacológica, este princípio torna-se imperativo quando se aborda a dor na criança.”

O controlo farmacológico da dor passa por diferentes fármacos com diferentes indicações, diferentes vias e formas de administração e que exige cuidadoso manuseamento, com o objetivo de conseguir o máximo de analgesia com o mínimo de efeitos secundários.

A utilização da escala da dor na unidade é baseada na idade da criança, e dado que quase todas as crianças com que contactei eram RN no período neonatal, foi utilizada a Escala de EDIN. A Escala de EDIN é a escala de referência para unidades neonatais, e utilizada em RN. Avalia a expressão do rosto, os movimentos do corpo, o sono, a interação e

o reconforto do RN.

As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. Assim, as medidas não farmacológicas mais utilizadas, foram a chupeta e a sucção não nutritiva com sacarose, o posicionamento, a contenção, o swaddling, a gestão do meio ambiente (diminuição do ruído e iluminação), preservação do período de sono e repouso, através da concentração dos cuidados e a promoção do contacto dos pais.

Relativamente às medidas farmacológicas, tendo em conta a avaliação da Escala de EDIN, e considerando que se o seu score for superior ou igual a 5, sugerindo uma dor moderada, estas foram utilizadas. Na realidade da UCI, a realização de procedimentos invasivos é uma constante. Apesar de muitas crianças estarem sedadas e curarizadas, a realização de procedimentos invasivos foi sempre precedida de tratamento farmacológico. Mas nem sempre na avaliação da dor, esta é mensurável através dos parâmetros comportamentais. Situações como as do contexto de estágio, em que os RN apresentavam taquicardia sem alterações dos restantes sinais vitais, era ponderada a presença de dor.

Ainda no que diz respeito à dor, observei um método de controlo da dor nos adolescentes no período pós-cirúrgico do tratamento de correção da escoliose. O *Patient Controlled Analgesia* (PCA) é um método de controlo da dor que permite ao próprio doente a administração, de forma intermitente, de pequenas doses de analgesia.

No que diz respeito ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESIP durante o estágio, particularmente promover a vigilância do desenvolvimento infantil, demonstrar capacidades no que respeita à gestão de cuidados, garantindo uma colheita de dados eficaz de forma a elaborar um plano de cuidados adequado à criança/jovem e família, desenvolver competências diferenciadas que permitam antecipar e adequar cuidados quando perante situações que exijam cuidados à criança/jovem na UCI, adquirir conhecimentos relacionados com o Serviço de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) e desenvolver conhecimentos e competências no âmbito do trabalho a desenvolver no Relatório final, os objetivos foram atingidos de uma forma global.

No objetivo “promover a vigilância do desenvolvimento infantil” foram aperfeiçoadas competências nas áreas funcionais dos cuidados desenvolvimentais como a amamentação, a higiene e vestuário, o sono e repouso, o brincar, a segurança, os afetos e a sexualidade.

No âmbito da gestão de cuidados, foi garantida uma colheita de dados eficaz, de forma a elaborar um plano de cuidados adequado com a criança/jovem e família” e uma vez que a UCI tem como objetivos e missão estes cuidados diferenciados, estes foram pelos quais me regi.

Relativamente ao objetivo específico a que me propus de “Desenvolver competências diferenciadas que permitam antecipar e adequar cuidados perante situações que exijam

cuidados complexos à criança/jovem”, este foi atingido em parte, pois algumas atividades previstas ficaram por desenvolver, nomeadamente os cuidados na ventilação de alta frequência e com óxido de nítrico, apesar de ter sido discutida com a equipa a contextualização teórica.

No objetivo específico “Adquirir conhecimentos relacionados com o Serviço de Transporte Inter-hospitalar (TIP)”, definido tendo em conta que no meu serviço transferimos várias vezes RNs via TIP para outras unidades, quer para realização de exames complementares de diagnóstico, quer para realização de cirurgias, pretendia conhecer a dinâmica e organização desta valência dos Cuidados Intensivos Pediátricos em articulação com o INEM, apesar de não ter realizado qualquer saída pelo TIP, toda a logística inerente foi realizada, considerando assim que este objetivo foi atingido em parte.

Segundo INEM (2013), “O TIP é um serviço que se dedica ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre Unidades de Saúde. As ambulâncias que asseguram este serviço dispõem de uma tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar. Estão equipadas com todo o material necessário à estabilização de doentes dos 0 aos 18 anos de idade, permitindo o seu transporte para hospitais onde existam unidades diferenciadas com capacidade para o seu tratamento”

Para uma saída do TIP, há uma revisão diária do material e da medicação existente nas malas de apoio, bem como a testagem e operacionalidade dos equipamentos utilizados no transporte, tais como o ventilador, a incubadora de transporte, entre outros e que é realizada pelo enfermeiro. Ao longo deste dia, percebi a importância da estabilização do doente no local de origem tendo em conta que tal situação diminui a ocorrência de intercorrências durante o transporte.

Em relação ao último objetivo “Desenvolver conhecimentos e competências no âmbito do trabalho a desenvolver no Relatório final”, houve várias situações durante o estágio em que se pôde evidenciar os benefícios da sucção não nutritiva com chupeta e sacarose no RN com ventilação não invasiva. Foi evidente que teve como benefício o alívio da dor e o desenvolvimento da coordenação sucção, deglutição e respiração.

Ao longo do estágio, e uma vez que as tutoras desempenhavam funções de responsável de turno, foram notórias as suas capacidades enquanto enfermeiras especialistas, nomeadamente as capacidades de liderança, planeamento, organização e coordenação da equipa e como tal, proporcionaram ótimas experiências de aprendizagem.

### 1.2.3 - Estágio de Neonatologia

O estágio desta unidade curricular decorreu num serviço de Neonatologia da Zona Centro do País.

Tal como previsto no cronograma de estágios, teve duração de 130 horas de estágio e 60 horas de orientação tutorial, com início a de 22 de maio e término a 30 de junho de 2023.

O Serviço de Neonatologia (UCIN) está integrado num Centro Hospitalar e Universitário, e presta cuidados neonatais como unidade diferenciada de nível III.

Os RNs que estão neste serviço podem ser provenientes da sala de partos, serviços de puerpério, hospital pediátrico, domicílio, outras estruturas de saúde da região centro (Hospitais da Figueira da Foz, Leiria e Castelo Branco) ou de todo o país, se houver disponibilidade de vagas. No momento da alta ou transferência, é realizado contacto com a unidade de saúde que irá assegurar a continuidade dos cuidados (centro de saúde ou hospital), sendo a transferência assegurada em incubadora de transporte e acompanhada com garantia de serviço de enfermagem.

A UCIN tem três salas abertas com uma lotação total de 12 unidades de internamento, onde a distribuição dos RN pelas unidades é realizada de forma organizada. Os recém-nascidos mais instáveis são alocados à sala central visto ser a mais proximal da sala da equipa multidisciplinar. Esta distribuição também se reflete no equipamento presente em cada sala – tipologia das incubadoras, ventiladores, berços aquecidos, berços e aparelhos de monitorização. O serviço harmoniza ainda zonas de trabalho de enfermagem, gabinete médico, gabinete da chefe de enfermagem, sala para armazenamento de material, sala para vestiário do pessoal, copa; sala da zona suja onde ocorre a desinfeção de incubadoras, materiais e algumas roupas específicas, WC e uma sala de extração de leite.

Quanto aos recursos humanos, no que afeta ao pessoal de enfermagem, os turnos de manhã funcionam com 4 enfermeiros, e à tarde e à noite com 3 enfermeiros, sendo estas distribuídas de acordo com a exigência de trabalho existente em cada turno.

O método de trabalho de enfermagem é o método individual. Os cuidados de enfermagem são prestados essencialmente de uma forma individualizada, mas colaborativa pela complexidade de cuidados.

A organização do serviço e os procedimentos técnicos diferenciados proporcionaram oportunidades únicas para prestar cuidados de nível avançado e elevada qualidade técnica ao RN em situação crítica, contribuindo para a aquisição de competências em EEESIP.

A minha integração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar foi adquirida com relativa facilidade, principalmente devido ao espírito aberto e de ajuda dos diversos

elementos, e sobretudo das minhas tutoras.

No processo de integração de um estudante de enfermagem e em particular de um estudante em formação pós-graduada e já profissional, num novo contexto, é basilar a simbiose entre supervisor/supervisionado, com acompanhamento contínuo e estabelecimento de relação próxima, facilitadora de todo o processo.

A passagem de turno na UCIN é particularmente diferente à maioria das passagens de turno que já vivenciei. Aquando da passagem de turno de enfermagem, os elementos da equipa médica também estão presentes. Para além do respeito mútuo das equipas, há também uma maior proximidade e simbiose entre equipas e valorização de opiniões.

Num primeiro momento, a passagem de turno é realizada pelo enfermeiro especialista no turno que, tendo em conta o conhecimento que tem da equipa e dos bebés internados, é o responsável por fazer a distribuição dos bebés pelos enfermeiros do turno seguinte. Num segundo momento, junto de cada unidade, a passagem de turno é efetuada pelo enfermeiro que esteve responsável pelo bebé. Permite uma passagem de turno mais específica e individual, e a observação do RN. Permite também, salientar aspetos referentes à díade mãe-RN que podem promover ou limitar no aspeto da vinculação.

A passagem de turno já se encontra implementada através de protocolos específicos da instituição, e neste momento encontra-se no início do processo de auditoria interna.

Afastado dos estímulos endógenos maternos, o recém-nascido prematuro é sujeito a um ambiente de cuidados intensivos que envolve uma sobrecarga de estímulos sensoriais, influentes no desenvolvimento do sistema nervoso central e, por isso, na necessidade de cuidados especiais ao nível da assistência perinatal (Ferraz et al, 2022).

Os cuidados centrados no desenvolvimento traduzem-se em práticas sistematizadas, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança, e adequadas às necessidades individuais de cada RN e Família. Estes cuidados assentam na prevenção a nível da saúde física e mental.

Ferraz (2017), descreve o RN Prematuro como: “um cliente com necessidades especiais ao nível da assistência perinatal, sujeito a um ambiente de cuidados intensivos que envolve uma sobrecarga de estímulos sensoriais, influentes no desenvolvimento do sistema nervoso central” (Als,1986; Als et al., 2004; Als, 2012, p.23).

O mesmo autor salienta que, as crianças que nasceram prematuramente apresentam com frequência problemas cognitivos e comportamentais, bem como alterações ao nível do desenvolvimento neuromotor. Nesta problemática enquadra a implementação de programas de intervenção precoce no período neonatal, centrados no desenvolvimento infantil como os Cuidados Centrados no Desenvolvimento ou Cuidados Desenvolvimentais que constituem benefícios para o RN prematuro com a melhoria de parâmetros fisiológicos, melhores respostas comportamentais, neurológicas e clínicas, para a família com melhor perceção das

suas competências parentais e menor nível de stress e para os profissionais, traduzindo-se em maior sensibilidade para os estímulos ambientais e melhor desempenho na prestação de cuidados.

Ferraz (2017), refere que o modelo Universo dos Cuidados Desenvolvimentais alicerçado na Teoria Sinativa do Desenvolvimento vem favorecer um novo enquadramento das práticas de cuidados desenvolvimentais baseadas em evidências. São estabelecidas cinco medidas centrais, em que cada uma representa um núcleo organizado de cuidados que reconhecem as necessidades holísticas da díade RN-Família em interação com o ambiente:

1. Ambiente terapêutico que inclui o ambiente físico, humano e organizacional, pois influencia a qualidade e consistência dos cuidados;

2. Prevenção, avaliação e gestão da dor e stress porque a dor neonatal sugere que a vulnerabilidade para a dor e stress no RN Prematuro tem implicações aos níveis físico, psicológico e comportamental;

3. Proteção do sono tendo em conta que o sono desempenha um papel crítico no desenvolvimento sináptico, aprendizagem e memória;

4. Atividades de vida diária adequadas à idade, que incluem as atividades que suportam o posicionamento, as atividades orientadas para a alimentação do RN e os cuidados à pele;

5. Cuidados centrados na família porque o papel da família na vida do RN Prematuro é insubstituível e tem impacto a curto e a longo prazo.

Durante a gravidez, os pais idealizam o bebé. Aquando do seu nascimento, surge o confronto entre o bebé que foi idealizado e o bebé agora real. Esta adaptação ao bebé real torna-se mais difícil com o nascimento de um bebé em risco: perde-se o bebé idealizado e surge o bebé que era temido, conduzindo a sentimentos de elevado sofrimento. Os profissionais entendem esses sentimentos. E também sabem que é essencial o envolvimento dos pais nos cuidados ao bebé, por outro lado, os pais devem estar cientes de que a permanência na unidade é temporária, e que mais tarde vão assumir os cuidados ao seu filho, em casa (Santos, 2011, p.27).

“O enfermeiro assume o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.20).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem um papel preponderante na promoção da vinculação, através de estratégias que promovem o contacto físico pais/RN, negocea e incentiva o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao filho com necessidades de saúde especiais.

A OE (2015), recomenda a intervenção dos enfermeiros no apoio à vivência da parentalidade, promovendo uma negociação constante com os pais, para que estes se sintam parte da equipa e promovam, nos seus padrões de resposta, o sentimento de confiança e pertença bem como a promoção da vinculação dada a sua importância para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança da Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF) implementada nesta Maternidade, recomenda evitar chupetas em bebés de termo amamentados porque evidências associam essa prática ao risco de desmame precoce, relacionado com a confusão mamilo/tetina. Contudo, na UCIN, os RN são sujeitos constantemente a procedimentos dolorosos pelo que o uso da chupeta associado à sucção não nutritiva, é uma prática recorrente.

De acordo com Franck (2020, p.20):

Os bebés conseguem aprender a acalmar-se chuchando no dedo, na mão ou na chupeta – é a chamada «sucção não-nutritiva». É uma estratégia muito eficaz que permite aos bebés lidar com a dor ou o stresse. Ajude o bebé a desenvolver esta capacidade levando-lhe a mão à boca ou oferecendo-lhe uma chupeta (assim que os enfermeiros do bebé autorizem). Oferecer a chupeta ao bebé antes, durante e após procedimentos dolorosos é uma excelente forma de ajudar a prevenir ou reduzir a dor. Se oferecer a chupeta apenas no momento do procedimento doloroso não estará a interferir com a amamentação.

O uso de chupetas é justificável em determinadas situações e irá apoiar a amamentação ao invés de interferir nela. Condições justificáveis foram identificadas como: baixo peso ao nascer e prematuros; lactentes com risco de hipoglicemia; lactentes prematuros que necessitam de estimulação oral para desenvolver, manter e amadurecer o reflexo de sucção; e para a conquista da organização neurocomportamental.

Ao longo destas semanas de estágio, em conjunto com as enfermeiras tutoras, adotei, constantemente, intervenções promotoras da vinculação pais/RN através do contacto físico, do estabelecimento de uma linguagem afetiva, assim como a valorização das competências dos pais e bebé, como o toque, pegar ao colo, incentivar a presença dos pais junto aos recém-nascidos e sobretudo nos cuidados ao RN, assim como a promoção do cuidado canguru.

A Ordem dos Enfermeiros (2015, p.17), salienta que Anne Casey desenvolveu um modelo de cuidados pediátricos - cuidados em parceria - que identifica claramente o contributo significativo dos pais para os cuidados prestados à criança hospitalizada. Neste modelo, a criança é o alvo dos cuidados – o cliente.

O modelo de Cuidados em parceria pressupõe negociação e respeito pelos desejos dos pais/família.

No estágio foi bem notório na UCIN, que um dos focos de atenção de enfermagem são os Cuidados Centrados na Família.

“Os Cuidados Centrados na Família respeitam uma filosofia de cuidados, que visa fornecer apoio profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados” (Ferraz, 2017, p.66). Para Sousa (2012, p.50):

A negociação é uma estratégia essencial na parceria de cuidados e pode ser definida como uma mútua compreensão e coordenação de partilha de interesses com o sentido de atingir objetivos comuns nos cuidados de saúde ao cliente. Os enfermeiros têm um papel central na promoção e operacionalização da negociação da participação parental nos cuidados em contexto hospitalar, mas têm que se afastar das suas suposições e perceções acerca do envolvimento dos pais e do que consideram ser responsabilidades e obrigações parentais “normais” (Kirk, 2001; Young, 2006).

Ferraz (2017) afirma, que os pais não são visitas, são parceiros da equipa profissional, advogados e aliados para os cuidados seguros e com qualidade.

A filosofia de cuidados na UCIN assenta no envolvimento dos pais nos cuidados e na parceria de cuidados com os mesmos. Prestar cuidados em parceria com os pais, implica o envolvimento e a capacitação dos mesmos para que as respetivas intervenções sejam desenvolvidas de forma segura e voltadas para desempenho adequado do papel parental. Considerando a relevância do papel dos pais no cuidado ao filho, tanto nos primórdios de suas vidas como nas etapas de desenvolvimento subsequentes, é imprescindível que o ambiente seja propício ao desenvolvimento de tais intervenções (Tavares, 2020, p. 137).

A Ordem dos Enfermeiros (2015), refere como primeira etapa da parentalidade, as questões da ligação pais-bebé e todos os fatores que podem influenciar positiva ou negativamente essa ligação.

A teoria da vinculação pressupõe que a necessidade de construir vínculos emocionais se afigura como uma componente básica da existência humana, presente ao longo de toda a vida. A vinculação é definida como um laço afetivo que, uma vez estabelecido, tende a perdurar, quer no tempo, quer no espaço (Ainsworth, 1991). Neste contexto, fazem sentido todas as intervenções que facilitem a incorporação do recém-nascido na família (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.20).

Durante este estágio pude observar e refletir acerca da forte relação de empatia que se estabelece com as famílias, devido aos internamentos prolongados. Está presente uma filosofia de humanização de cuidados baseado no modelo de parceria de cuidados e nos cuidados centrados na família, que facilitam a promoção da vinculação e progressivamente a preparação para a alta.

A preparação para a alta do prematuro deve começar no primeiro dia de internamento,

com a participação progressiva dos pais nos cuidados, através do ensino e supervisão adequados às suas dificuldades e questões (Santos, 2011, p.27).

Na UCIN existe uma capacitação continuada dos pais, a realização de ensinamentos que visam sua autonomia e todos os momentos de prestação de cuidados são oportunos (no banho ensinamentos sobre higiene e sobre roupa; ao amamentar ensinamentos sobre alimentação e cuidados com a mama; ao fazer a simulação do sistema de retenção no automóvel, ensinamentos sobre segurança).

A parceria permite-lhes assim o desenvolvimento de competências e conhecimentos nos cuidados ao recém-nascido de risco, para que no momento da alta se sintam seguros e autônomo (Santos, 2011).

Tendo em conta que a UCIN é um serviço integrado no Hospital Amigo dos Bebés, salienta-se a promoção da amamentação ou alimentação dos RN por sonda com leite materno devido à importância do aleitamento materno, principalmente para RN prematuros, como prevenção de patologias com elevada incidência na prematuridade.

A promoção da amamentação é realizada de forma precoce, em sala própria de extração de leite ou junto do RN. Esta promoção da amamentação, é evidenciada e reforçada no papel do EESIP (Ordem de Enfermeiros, 2017).

De acordo com Tavares (2020):

O leite materno apresenta como benefícios para os RN Prematuros: melhoria nos sistemas de defesa devido a oferta de imunoglobulinas; maior digestibilidade; ausência de fatores alergénicos; diminuição dos índices de flatulência, obstipação ou diarreia; diminuição do risco de falência respiratória, apneia e displasia bronco pulmonar; favorecimento dos estímulos tácteis visual e auditivo, auxiliando o desenvolvimento emocional, perceptivo, motor, cognitivo e físico; fortalecimento da vinculação mãe/filho (Silva & Guedes, 2012, p.115)

Os cuidados prestados na UCIN estimam por procurarem ser atraumáticos, e nesse sentido, Franck (2020) aponta além da sucção não nutritiva, várias formas principais de prevenção e alívio da dor dos bebés na UCIN: criar um ambiente calmo para reduzir as tensões que afetam a forma como os bebés respondem ou lidam com a dor pelo que as luzes fortes e os ruídos altos podem incomodar os bebés e afetar o modo como respondem ou lidam com a dor; dar um toque reconfortante e manipulando os bebés de uma forma que transmita conforto durante os procedimentos dolorosos através do contacto constante ou do toque ativo aplicado em técnicas como swaddling, o uso de ninhos e rolos, a contenção, o contacto pele a pele ( método canguru) e o embalo; proporcionar imagens e sons reconfortantes, como o seu rosto e a sua voz; proporcionar conforto oral através da sucção e de coisas com um sabor agradável como o leite materno, a amamentação e a sacarose; administrando medicamentos contra a dor como o paracetamol, morfina e fentanil. É também importante a monitorização

da dor através da utilização de escalas de avaliação da dor adequadas como Escala PIPP que avalia indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais (Batalha, 2005).

O planeamento dos cuidados é sempre realizado com manipulação mínima, em que são concentrados os procedimentos a realizar, de forma a respeitar o bem-estar e o sono do recém-nascido, para evitar situações de stress que possam comprometer o seu desenvolvimento saudável e promover a neuroprotecção.

Face à minha experiência em neonatologia, as estratégias desenvolvidas ao longo do estágio que mais saliento são o método canguru e amamentação pela envolvência e dinâmica desenvolvida pela equipa de enfermagem.

O ambiente das UCIN apresentam um impacto negativo nos RN prematuros pelo que foi desenvolvido por Heidelise Als, e sua equipa de colaboradores no início dos anos 80, o NIDCAP (Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN) como uma estratégia para responder a essas preocupações. Engloba, além dos aspetos físicos do ambiente, todos os procedimentos de cuidar bem como os aspetos sociais envolvidos.

Santos (2011) salienta que a: “abordagem compreensiva do NIDCAP foi criada no intuito de diminuir a discrepância entre as expectativas imaturas do cérebro humano e a experiência efetiva vivenciada no ambiente da UCIN. O modelo NIDCAP tem em vista criar uma relação baseada num ambiente de suporte para o RN e a família, e propõe que as interações relativas aos cuidados e ao ambiente, que deverão ter em conta os subsistemas do RN, tenham um suporte a longo prazo” (p.28).

O NIDCAP objetiva para abordagem comportamental individualizada para a prestação de cuidados baseada na informação que o comportamento do RN nos fornece, e neste sentido, permite a formulação de um plano de cuidados que melhora e fortalece as forças do RN e que o suporta em situações de sensibilidade e vulnerabilidade. Tem como objetivo melhorar a longo prazo as consequências da prematuridade na criança e família.

Os elementos-chave do NIDCAP são: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas; posicionamento adequado; oportunidades para contacto pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação; conforto para a família (Santos, 2011, p.28).

Seguindo esta filosofia de cuidados, notei o grande entrosamento da equipa médica com a equipa de enfermagem aquando da realização de algum procedimento ao RN com o objetivo de reduzir manipulações excessivas que pudessem comprometer o seu bem-estar e o sono .

Ferraz (2017, p.97), e à semelhança da realidade na UCIN, já descrevia que na promoção do ambiente terapêutico na dimensão dos CCD, os enfermeiros, frequentemente,

protegem os olhos do RN da luz direta; gerem a exposição do RN a odores nocivos; proporcionam experiências olfativas e gustativas positivas ao RN através do método canguru, colo, estimulação perioral com leite materno, colocação de materiais com o perfume natural dos pais no microambiente do RN; movimentam o RN de forma lenta e com contenção; providenciam cuidados adaptados à idade gestacional ou de suporte ao desenvolvimento; cumprem o protocolo de higienização das mãos; e respondem prontamente aos alarmes e ao choro do RN.

Apesar de o programa não estar implementado oficialmente na UCIN, há aspetos que já estão intrínsecos aos cuidados neonatais neste serviço, dado que há elementos na equipa que frequentaram o curso FINE (FAMILY AND INFANT NEURODEVELOPMENTAL EDUCATION) que tem como principal objetivo promover competências em cuidados centrados no desenvolvimento do bebé e no suporte à família nos vários níveis de formação.

Devido ao contexto pandémico que entretanto terminou, as visitas dos avós e irmãos ainda não são possíveis na UCIN. A limitação das visitas é uma barreira que afeta a promoção da vinculação e da parentalidade, sendo uma preocupação constante para os enfermeiros, dado que as mães estão mais longe das suas famílias, necessitando ainda de mais apoio por parte da equipa ao longo do internamento.

As mães são vistas como uma parte importante nos cuidados ao RN, pelo que a UCIN possibilita a permanência destas após alta do seu internamento no Quarto das Mães num edifício anexo.

A UCIN prioriza a humanização dos cuidados ao RN e família, pelo que dinamiza vários projetos com esse objetivo. Um dos projetos da UCIN é a Associação dos Bissaynhos Nascidos Antes do Tempo. Esta associação é constituída por um grupo de profissionais de saúde com experiência diferenciada em cuidados neonatais que pretende desenvolver atividades e promover a partilha de experiências com a família dos recém-nascidos prematuros, em parceria com o Projeto de “Humanização de Cuidados” desenvolvido na UCIN.

A Associação tem como missão promover o bem-estar dos recém-nascidos prematuros e família, minimizando o seu sofrimento e angústia através de ações de humanização de modo a desenvolver a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

A nível de iniciativas desenvolvidas promove um ambiente acolhedor no serviço e em cada unidade, com uma decoração apropriada; atividades comemorativas dos “dias especiais” para os recém-nascidos internados e família (1º mês, dia da mãe e pai, Dia da Criança, dia do prematuro, um quilo, etc.); promover o contacto com os recém-nascidos após 1 ano de vida, através do envio do Postal do 1º aniversário; organizar um Encontro Anual de Ex-prematuros da UCIN da MBB. De salientar que com a Pandemia Covid 19, algumas iniciativas que envolvem maior proximidade, ficaram suspensas.

Um dos projetos desenvolvidos pela UCIN é o programa MAE. Este programa tem como objetivos: promover a ligação precoce da grávida de risco internada na Unidade de Medicina Materno Fetal com a UCIN nos seus aspetos estruturais, funcionais e relacionais; promover o desenvolvimento do vínculo afetivo entre pais e bebé, ainda durante o período pré-natal. É indicado para todas as grávidas de risco internadas e respetivo companheiro, interessados em ingressar este programa e que tenham os critérios de inclusão: ameaça de parto pré-termo com idade gestacional igual ou superior a 24 semanas; gravidez de termo com patologia e possibilidade de internamento na UCIN; em qualquer das situações, o parto deve estar iminente ou existir uma forte probabilidade de ocorrência. Este projeto pressupõe uma entrevista do enfermeiro da UCIN à grávida /casal, uma visualização acompanhada de álbuns de fotografias de RNPT e seguida de visita guiada à UCIN. Face a diversas contingências, neste momento apenas é realizada a entrevista.

Os objetivos como enfermeiro especialista delineados para este estágio foram atingidos na sua globalidade.

Relativamente aos objetivos específicos como EEESIP, delineados para este estágio, foram atingidos quase na totalidade. Assim, foi realizado um flyer referente aos cuidados a ter na escolha, manutenção, benefícios e desmame da chupeta, que visa enquadrar-se como uma medida não farmacológica do tratamento da dor neste serviço apesar de ser Hospital Amigo dos Bebés. Contudo não foi possível apresentar à equipa de enfermagem mais informação relativa ao tema do relatório final em tempo útil.



## **Parte II - Estudo de Investigação**



## 1 - Enquadramento teórico

Na prestação de cuidados de saúde, a melhor prática é uma característica central aos cuidados baseados na evidência, que resultam habitualmente de questões ou inquietações da equipa de saúde.

Neste contexto, a utilização da sucção não nutritiva nos recém-nascidos prematuros que necessitam de ventilação não invasiva é uma prática habitual nas unidades de cuidados neonatais, que, contudo, carece de respostas quanto à sua eficácia na promoção de um conjunto de benefícios ao RN a vivenciar aquela situação clínica e no que respeita ao impacto positivo no seu neurodesenvolvimento. A preocupação com a promoção das boas práticas dos cuidados de enfermagem é cada vez maior e concretiza-se através da procura das evidências mais atualizadas.

Foi com base nestes pressupostos e com o objetivo de enquadrar a temática e justificar a escolha do tema para este estudo que se iniciou este percurso investigativo.

### 1.1 - Prematuridade

O Recém-Nascido Prematuro é definido como o bebé nascido vivo antes de completar 37 semanas de gestação (OMS, 2023).

A *European Foundation for the Care of Newborn Infants* (EFCNI) refere subcategorias usadas para distinção adicional do bebé prematuro: prematuro extremo (<28 semanas de gestação), muito prematuro (28 a <32 semanas de gestação), prematuro moderado a tardio (32 a <37 semanas de gestação) e prematuro tardio, que pode ser diferenciado como aquele que nasce entre as 34-37 semanas de gestação.

Os bebés prematuros também são diferenciados em termos de comprimento corporal e peso, caracterizando-se por serem anormalmente pequenos para o número de semanas de gravidez (idade gestacional) dado que estes recém-nascidos têm habitualmente taxas muito elevadas de baixo peso ao nascer.

O peso ao nascer está diretamente relacionado com a idade gestacional, sendo que o baixo peso ao nascer caracteriza os bebés que nascem com peso inferior a 2.500 gramas, independentemente da idade gestacional e muito baixo peso os RN com peso ao nascer inferior a 1.500 gramas. O conceito de pequeno para a idade gestacional descreve bebés menores do que a média usual para o número de semanas de gestação (EFCNI, 20203).

Estima-se que 13,4 milhões de bebês nasceram muito cedo em 2020, o que corresponde a mais de 1 em cada 10 bebês. Aproximadamente 900.000 crianças morreram em 2019 de complicações associadas ao parto prematuro (OMS, 2023).

Todos os dias, nascem em Portugal 17 recém-nascidos prematuros. Portugal tem uma das mais altas taxas de prematuridade da Europa, com um registo anual de 8% de partos antes das 37 semanas de gestação (PORDATA, 2019, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Na Europa, o nascimento prematuro é uma das duas principais causas de mortalidade neonatal e é responsável por mais da metade de todas as mortes na infância tardia (EFCNI, 2023).

Salienta-se que a prematuridade é a principal causa de morte em crianças menores de 5 anos (OMS, 2023).

Pelos dados referidos, verifica-se que a prematuridade é um fenómeno relevante na avaliação dos indicadores de saúde perinatal e, apesar dos avanços ao nível dos cuidados neonatais, mantém-se associada a um maior risco de comprometimento neurodesenvolvimental (Ferraz, 2017).

O bebé prematuro caracteriza-se igualmente pela imaturidade do seu organismo, o que o torna mais vulnerável a determinadas doenças e, também, mais sensível a determinados fatores externos, como a luz e o ruído (DGS, 2021).

No que se refere ao seu aspeto físico, destaca-se pelas principais características: tamanho pequeno, baixo peso ao nascer, pele fina, brilhante e rosada, veias visíveis sob a pele, menor quantidade de camada adiposa sob a pele, cabelo escasso, orelhas finas e moles, cabeça grande e desproporcional em relação ao resto do corpo, tónus muscular fraco e hipotonia (são bebês menos ativos que, dependendo da sua idade gestacional, tendem a não elevar os membros superiores e inferiores), apresentarem reflexos de sucção e de deglutição fracos ou inexistentes e respiração irregular (Jacinto et al, 2023, p.118-119).

Os principais problemas médicos dos recém-nascidos prematuros estão relacionados com a sua imaturidade respiratória e metabólica (DGS, 2021), decorrentes de fatores anatómicos e fisiológicos, que tornam o processo ventilatório mais sensível, como o estágio de desenvolvimento pulmonar, a imaturidade dos centros respiratórios a frequência respiratória alta e tempos respiratórios curtos quando comparado a adultos ou crianças de mais idade. Além disso a suas vias aéreas são mais estreitas e resistentes à circulação de gases, enquanto a complacência pulmonar é menor. Em alguns casos, a necessidade de oxigênio e de ventilação no recém-nascido também é influenciada por mudanças

cardiovasculares ocorridas no nascimento ou por outras condições específicas, como a idade gestacional ou grau de prematuridade.

Todas essas características e situações são consideradas no momento da decisão sobre a necessidade de suporte ventilatório e qual o tipo a que eles necessitam ser submetidos.

## **1.2- Ventilação do Recém-Nascido**

O desenvolvimento do controlo da respiração tem início precocemente na gestação e continua a sua maturação por um período de semanas a meses após o nascimento. O padrão respiratório do recém-nascido de termo, e sobretudo pré-termo, é irregular e periódico, podendo associar-se a apneias (Rocha, 2021, p.7)

Com o nascimento, o neonato passa por diversas adaptações fisiológicas significativas para a manutenção adequada da respiração e, qualquer privação da oferta de oxigênio, mesmo que por poucos minutos, pode causar danos cerebrais irreversíveis (Guedes et al, 2019)

A síndrome de desconforto respiratório (SDR) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em bebês prematuros (Gupta e Donn, 2016), caracterizando-se esta síndrome pela falta ou insuficiência de surfactante nos pulmões. O surfactante pulmonar é numa mistura complexa de fosfolípidos, lípidos neutros e proteínas que reduzem a tensão superficial na interface ar-líquido alveolar, prevenindo o colapso do pulmão no final da expiração. É produzido por pneumócitos tipo II cuja diferenciação ocorre entre as 24 e 34 semanas de idade gestacional. Pela imaturidade inerente aos RN pré-termo, o déficit de surfactante é um dos determinantes principais da Doença de Membranas Hialinas (DGS, 2012).

A síndrome do desconforto respiratório é caracterizada principalmente por sinais e sintomas como: dispneia, gemido expiratório, cianose, adejo nasal e crises de apneia, com surgimento entre as primeiras horas de vida até 48 horas de puerpério (Jacinto et al, 2023, p.119).

Moreira e Lopes (2004), referem que são vários os fatores que influenciarão na forma e na resposta à ventilação, que tornam os RNs, especialmente os prematuros, diferentes quanto às necessidades de oxigênio e ventilação em relação às outras faixas etárias. Os mesmos

princípios de ventilação na criança maior e no adulto não se aplicam, portanto, ao RN, em particular ao prematuro.

O desenvolvimento das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais revelou-se num marco importante na história da Neonatologia, para prestar assistência a estes recém-nascidos com necessidade de cuidados especiais (Silva, 2013).

Para Jacinto et al (2023), o uso de surfactante foi uma das medidas de melhor impacto positivo sobre a morbimortalidade de prematuros extremos. A sua administração está indicada o mais rápido possível, de preferência nas primeiras horas de vida. Segundo Martins et al (2020) citado por Jacinto et al (2023), o aumento da sobrevida dos recém-nascidos prematuros com SDR pode ser atribuído à associação da terapia de corticoides no período gestacional, à administração de surfactante exógeno pós-natal e principalmente devido aos avanços no suporte ventilatório nas unidades de cuidados intensivos neonatais.

Neste âmbito, a rápida evolução do conhecimento científico e da tecnologia permitiu a disponibilidade de uma variedade de modos de suporte ventilatório.

O grau de suporte respiratório necessário para uma adequada troca gasosa é fortemente dependente dos mecanismos respiratórios (Moreira e Lopes, 2004) e da situação clínica.

A ventilação mecânica é um procedimento invasivo cujo principal objetivo é otimizar as trocas gasosas usando o mínimo possível de FiO<sub>2</sub> (fração inspirada de oxigênio) e de pressão.

A ventilação invasiva é ainda muitas vezes necessária, dado que pode oferecer suporte essencial para a sobrevivência, mas este tratamento está associado a riscos e complicações, incluindo mortalidade e problemas do neurodesenvolvimento.

Outra opção, fortemente recomendada sempre que a situação do RN o permite é a ventilação não invasiva.

### 1.2.1 - Ventilação Não Invasiva

Nona et al (2014), descrevem que a tendência na UCIN é a utilização de ventilação não invasiva (VNI) sempre que possível. Neste âmbito, o método mais utilizado em neonatologia é o *contínuos positive airway pressure* (CPAP) nasal (Rodrigues e Rocha, 2021).

O CPAP envolve o fornecimento de oxigénio, idealmente aquecido e humidificado, com uma pressão mensurável e controlável que é transmitida por meio de uma interface, como uma máscara ou prongs nasais curtas e macias, conectada firmemente ao rosto do bebé (Sweet et al, 2023).

Este dispositivo foi idealizado para ser fácil e rápido de aplicar, não ser traumático para o RN, ser capaz de transmitir pressões estáveis a níveis desejados, possibilitar a humidificação e associação de oxigénio suplementar, apresentar da baixa resistência à respiração e mínimo espaço morto (Rodrigues e Rocha, 2021, p.30).

A OMS (2023) sugere que o CPAP pode ser considerado como alternativa, assim que haja suspeita clínica do diagnóstico de síndrome do desconforto respiratório (SDR), e que a duração deve ser baseada no julgamento clínico. A terapia com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) é recomendada em bebês prematuros com sinais clínicos de síndrome do desconforto respiratório.

Souza (2016), salienta que o uso da VNI requer avaliação clínica e laboratorial do RN prematuro. A escolha do modo ventilatório e parâmetros obedecem a fatores como a idade e peso do RN, a doença de base, a condução ventilatória, o trabalho ventilatório, os gases sanguíneos analisados e a tolerância aos parâmetros e modo ventilatório selecionados.

A Ventilação Não Invasiva (VNI) é todo o método ventilatório em que uma pressão positiva é aplicada à via aérea do paciente através de interfaces nasais, geralmente prongs binasais ou mascaras, sem a utilização de Intubação Traqueal (Nona et al, 2014). Os autores referem ainda que a VNI tem como objetivo melhorar a capacidade residual funcional através da diminuição de áreas de atelectasia e melhorar as trocas gasosas.

O mecanismo de ação é multifatorial e inclui aumento da área de secção transversa da faringe, melhora da atividade diafragmática, aumento da complacência pulmonar e diminuição da resistência das vias aéreas. O resultado final é a redução do trabalho respiratório e a conservação do surfactante na superfície alveolar (Gupta e Donn, 2016).

Na mecânica respiratória do prematuro, a via aérea superior desempenha um papel importante, visto que características anatómicas como o aumento da flexibilidade da epiglote

e da cartilagem laríngea e a diminuição do suporte de tecido conjuntivo das estruturas das vias aéreas superiores o predispõem à obstrução parcial ou completa das vias aéreas durante a respiração regular (Gupta e Donn, 2016).

Rocha (2021) refere que os recém-nascidos são respiradores nasais pela sua anatomia, dado que a sua epiglote é proporcionalmente grande e encontra-se em posição alta na faringe, próxima do palato mole, resultando em menor resistência à passagem de ar pela cavidade nasal. Neste sentido, o CPAP fornece pressão de distensão nas vias aéreas superiores e inferiores, evitando o colapso, especialmente durante a expiração (OMS, 2022).

### **1.2.2 - Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com Ventilação Não Invasiva**

Apesar de a prescrição da VNI ser um ato médico, a instalação do CPAP é da responsabilidade do enfermeiro, sendo indispensável conhecimento, envolvimento e vigilância constante da equipa de enfermagem para uma adequada instalação e manutenção do sistema (Guedes et al, 2019).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (Fernandes et al, 2014, citado por Almeida (2021, p.190) explicita que a escolha do tamanho adequado do barrete e interfaces é essencial para evitar perdas de pressão. Nona et al (2014), por seu lado, salientam a calibragem e testagem do aparelho de CPAP antes da sua colocação ao RN, bem como o posicionamento adequado do interface escolhido, como medidas para evitar perdas de pressão e melhorar a sua eficácia.

Almeida (2021), descreve esta medida como responsável pela adaptação do RN ao CPAP, e refere que, o enfermeiro deve proporcionar o maior conforto possível ao bebé durante a (re)colocação do interface, de forma a reduzir ao máximo o seu movimento e, conseqüentemente, o tempo de desconexão ao CPAP, principalmente nas primeiras horas.

Na opinião de Nona et al (2014) nos cuidados de enfermagem ao RN com VNI, há que evitar a perda de pressão; prevenir a maceração da pele; desobstrução das vias aéreas para evitar acumulação de secreções; promover o descanso através da concentração do máximo de cuidados nas manipulações; colocar sonda orogástrica para escape de ar numa posição superior, de forma a prevenir a distensão abdominal; e fazer registos de enfermagem adequados, pois é fundamental registar com rigor o estado respiratório do RN.

Gupta e Donn (2016), referem ainda, num estudo realizado por DePaoli et al (2005) que é importante manter a boca do RN fechada durante este tipo de ventilação. Também

Almeida (2021) refere que a perda de pressão pela boca não contribui para uma ventilação eficaz, e nesse sentido deve-se estimular a sucção do RN com chupeta, para além do seu adequado posicionamento.

Apesar das vantagens deste tipo de VNI, o uso do CPAP também está associado a algumas complicações, dado que todas as interfaces CPAP apresentam risco de distorção facial e trauma nasal Sweet et al (2023).

Na prevenção da maceração, Almeida (2021, p.190) refere que a região nasal deve estar seca para evitar o aparecimento de úlceras por pressão, salientando que, na presença de narinas maceradas, se recomenda a alternância de prongs com máscara.

Para Rodrigues e Rocha (2021), o grau de eficiência e minimização das lesões nasais depende dos métodos de fixação das interfaces e, que os cuidados de enfermagem são importantes para a sua concretização.

Antunes e Nascimento (2013), Rodrigues e Rocha (2021) e Nona et al. (2014), referem ainda, como medida de proteção da pele, o uso de placa hidrocolóide cortada de forma adequado ao nariz, bem como massajar a pele do nariz frequentemente.

Nona et al (2014), descreve que no uso do CPAP é importante a desobstrução das vias aéreas do RN para evitar acumulação de secreções, fazer mudança regular das interfaces, sua lavagem e desinfecção frequente, instilar soro fisiológico e aspirar a orofaringe, evitando aspirar a nasofaringe.

Os cuidados de enfermagem aos RNPT nas UCIN são norteados por teorias de enfermagem como o Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento.

Altimier & Phillips (2016) descrevem o Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento, representadas como pétalas de lótus sobrepostas, inclui sete medidas centrais dos cuidados neuroprotetores que servem de guia clínico, norteador para os profissionais de saúde na prestação de cuidados ao RNPT e sua família na UCIN. As 7 medidas centrais são: ambiente terapêutico; parceria de cuidados; posicionamentos; minimizar a dor/stress; proteção da pele; otimização da nutrição e salvaguarda do sono. As medidas têm um guia orientador individual para a sua aplicação, mas são interdependentes.

Para assegurar cuidados neuroprotetores, é necessário mudar práticas e abandonar a prestação de cuidados rotineira, uma vez que, para garantir a eficácia dessas estratégias e, conseqüentemente, para obter ganhos em saúde para o RN, é necessário que o enfermeiro planeie os cuidados a prestar de forma personalizada, respeitando o seu desenvolvimento e o seu ritmo. Se na prática conseguirmos associar estas medidas neuroprotetoras e combinar

os cuidados médicos e de enfermagem, esta será a melhor forma de obter ótimos resultados a nível do neurodesenvolvimento e assim, reduzir a duração de internamento e os custos hospitalares (Altimier & Phillips, 2016 citado por Monteiro,2022, p.46).



Figura 1 - Modelo Neonatal Integrativo de Cuidados de Desenvolvimento

### 1.3 - Estratégias não farmacológicas para diminuição do desconforto

O RN prematuro possui um limiar muito baixo para responder ao meio, sendo que, frente a estímulos visuais, por exemplo, poderá responder à custa da desorganização nos restantes sistemas. Esta desorganização poderá ser evidenciada por taquicardia, apneia, hipotonia e até por um estado de hiperalerta ou de completa exaustão. Por outro lado, os esforços para diminuir a exigência de um sistema, podem influenciar positivamente os restantes, traduzindo maior homeostase (Santos, 2011, p.27-28).

Os sistemas gustativo e olfativo desenvolvem-se cedo na vida intrauterina. Por volta das 20 semanas de gestação emergem as papilas gustativas, que são sensíveis a quatro modalidades básicas de sabores: doce, amargo, ácido e salgado. Perante odores agradáveis, podem manifestar-se respostas de sucção ou de acordar; face a odores aversivos, são habituais respostas de fuga e de diminuição de sucção/deglutição (Ferraz, 2017, p.45).

Os bebés conseguem aprender a acalmar-se chuchando no dedo, na mão ou na chupeta – é a chamada «sucção não-nutritiva». É uma estratégia muito eficaz que permite aos bebés lidar com a dor ou o stresse. Por isso é importante ajudar o bebé a desenvolver esta capacidade, levando-lhe a mão à boca ou oferecendo-lhe uma chupeta. Oferecer a

chupeta ao bebê antes, durante e após procedimentos dolorosos tem sido considerada uma excelente forma de ajudar a prevenir ou reduzir a dor. De acordo com (Franck, 2020, p.20), oferecer a chupeta apenas nos momentos do procedimento doloroso não irá interferir com a amamentação.

Os RN mais prematuros têm um tempo de internamento numa UCIN prolongados pelo que estão sujeitos a uma variedade de estímulos do ambiente que podem ter impacto nos resultados do neurodesenvolvimento a longo prazo e nos resultados médicos a curto prazo. Nesse sentido, tem sido introduzidos programas de cuidados de intervenção precoce como NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) com o objetivo de reduzir as complicações iatrogénicas relacionadas com o ambiente, aumentar as competências do RN e competências dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde (Clemente e Neto, 2021).

### **1.3.1 - A sucção do recém-nascido prematuro com ventilação não invasiva**

Cuidamos de RN cada vez mais imaturos fisiologicamente com o intuito de ser o menos agressivo possível. Contudo, abordagens terapêuticas menos invasivas como a VNI, podem igualmente conduzir a danos potencialmente irreversíveis, uma vez que são mais um fator indutor de dor/desconforto e stress, dado que estímulos dolorosos e stressantes permanentes e mantidos, podem comprometer não só o sucesso da própria VNI, mas principalmente o conforto nas suas várias dimensões, bem como o neurodesenvolvimento e o futuro destes RN (Araújo, 2021, p.31).

O mesmo autor salienta que os enfermeiros têm intervenções preponderantes, e a utilização de formas não farmacológicas de controlo algico constituem uma alternativa viável para estes bebés prematuros, pois os estudos demonstram que estas reduzem efetivamente a sua resposta comportamental à dor, sendo o uso de glucose/sucrose oral através da sucção não nutritiva a estratégia referida como mais eficaz para a redução da dor no RNPT submetido a VNI.

O leite materno também pode ser uma boa alternativa no cuidado com a dor dos RNPT constituindo uma medida analgésica eficaz, natural, segura e sem custo, e facilmente utilizado pela equipa de Enfermagem das UCIN (Ayres, 2018).

Apesar dos benefícios de uma prática baseada nos cuidados desenvolvimentais, e de muitas Unidades já desenvolverem, efetivamente, práticas de CCD, esta mantém-se uma

prática inconsistente, com falta de sustentação do ponto de vista da sua concepção científica (Coughlin, 2017 citado por (Carvalho, 2021).

Por tudo isto, é imperativo procurar respostas e evidências científicas de suporte à prática e apostar na formação dos profissionais de saúde nesta área no sentido da prestação de cuidados neuroprotetores, personalizados e individualizados (Monteiro, 2022).

## 2 - Metodologia

Neste capítulo pretende-se definir o percurso a utilizar para a concretização desta investigação, nomeadamente aclarando o tipo de estudo, os objetivos que se pretendem alcançar e os critérios a respeitar para a produção do conhecimento no âmbito da problemática central definida.

Os principais problemas médicos dos recém-nascidos prematuros estão relacionados com a sua imaturidade respiratória e metabólica (DGS, 2021), decorrentes de fatores anatómicos e fisiológicos, que tornam o processo ventilatório mais sensível.

Perante isto, este necessita frequentemente de suporte respiratório para uma adequada troca gasosa. O grau ou tipo de suporte respiratório necessário para uma eficaz ventilação é fortemente dependente da situação clínica do RN, sendo atualmente amplamente utilizada a ventilação não invasiva, mediante a utilização do *contínuos positive airway pressure* (CPAP) nasal.

Apesar de não invasivo, este método não está isento de complicações e a sua eficácia depende diretamente de vários fatores e práticas, dos quais emerge o estímulo da sucção não nutritiva, como forma de evitar perdas de pressão pela boca e o desconforto associado à VNI.

Contudo, esta prática, da responsabilidade do enfermeiro, carece de respostas e sustentação científica para orientar a prestação de cuidados de forma mais eficaz e adequada, tendo por base as evidências científicas atuais.

Foi com base nesta problemática que se definiu realizar este estudo, com o objetivo geral de mapear as evidências disponíveis sobre o efeito da Sucção não nutritiva (SNN) na eficácia e manutenção da VNI no RN Prematuro.

### 2.1 -Tipo de estudo

Optou-se pela realização de uma *scoping review* (ScR), seguindo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), para mapear o efeito da sucção não nutritiva na manutenção e eficácia da ventilação não invasiva em recém-nascidos prematuros.

Para Amendoeira (2022), na elaboração de uma ScR, devemos considerar os seguintes aspetos:

1. Formular uma questão de revisão

2. Definir critérios de inclusão dos Estudos
3. Localizar os registos através da pesquisa
4. Selecionar os estudos/artigos/documentos para inclusão
5. Avaliar a qualidade metodológica dos estudos/artigos/documentos
6. Extrair os dados
7. Analisar e sintetizar os estudos relevantes.

8. Apresentar e interpretar os resultados, incluindo potencialmente um processo para estabelecer a validação do corpo de evidências, de que importa sistematizar a relação entre todos os momentos de desenvolvimento da ScR:

## 2.2 - Questão de investigação e objetivos

Numa ScR a questão de revisão segue a mnemónica PCC: População, Conceito e Contexto. Esta é igualmente fundamental para organizar a seleção dos estudos, extração de dados, mapear a evidência e explicar o seu significado.

Os critérios para a formulação da questão de revisão estão sistematizados no quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia PCC para a formulação da questão de investigação

|          |           |  |
|----------|-----------|--|
| <b>P</b> | População | Recém-nascidos prematuros  |
| <b>C</b> | Conceito  | Efeito da Sucção não nutritiva (SNN) na manutenção e eficácia da VNI |
| <b>C</b> | Contexto  | RNPT internados em UCIN  |

Com base nos critérios definidos, foi formulada a seguinte questão de investigação:

*- Qual o efeito da sucção não nutritiva na manutenção e eficácia da ventilação não invasiva em recém-nascidos prematuros?*

Perante esta questão, esta revisão tem por principal objetivo mapear o efeito da sucção não nutritiva na manutenção e eficácia da ventilação não invasiva no recém-nascido prematuro.

### 2.3 - Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão para uma scoping review dependerão da(s) pergunta(s) feita(s) e como tal a mnemónica PCC deve estar na base da sua definição (População, Conceito e Contexto) (Peters et al, 2020).

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

|                 | Critérios de inclusão   | Critérios de exclusão   |
|-----------------|---|---|
| População       | RNP internados em UCIN com necessidade de VNI   | RNPT internados em UCIN sem necessidade de VNI<br>RN de termo |
| Conceito        | Estudos que incluam o uso da SNN (diversas formas) no RNPT em VNI   | Estudos que não incluam este tipo de intervenção              |
| Tipo de estudos | Estudos originais de natureza qualitativa ou quantitativa, revisões sistemáticas de literatura, scoping review, revisões integrativas, narrativas publicados em texto completo, estudos observacionais, experimentais e quase-experimentais; estudos transversais, longitudinais, ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado. | Desenhos de estudos de perfil diferente dos de inclusão.      |
| Corte temporal  | Estudos realizados após o ano 1980 (inclusive).   | Estudos realizados antes do ano 1980.                         |
| Idioma          | Português, Inglês e Espanhol  | Estudos noutros idiomas                                       |

## 2.4 - Estratégia de pesquisa

A pesquisa dos estudos relevantes a incluir nesta *scoping review*, foi realizada entre 1 de junho de 2023 e 31 de julho de 2023, de acordo com os critérios de elegibilidade definidos, em diferentes etapas.

Iniciou-se por uma pesquisa naturalista nas bases de dados Google Acadêmico, Pubmed e CINAHL Complete. Com esta pesquisa foi possível analisar um conjunto alargado de palavras-chave e termos de indexação dos estudos, incluídos nos resumos e nos títulos dos mesmos.

Reconhecidas as palavras-chave, procedeu-se à sua validação como Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings - DeCS/MeSH, através do site na internet <https://decs.bvsalud.org/> . Desta análise resultaram os seguintes termos DeCs:

#1MeSH descriptor “Preterm infants, Infant, Extremely Premature Infant

#2MeSH descriptor “Noninvasive Ventilation” “cpap” “continuous positive airway pressure”

#3MeSH descriptor “Sucking”, “Pacifiers”

#4Mesh descriptor “nursing care”

#5 Mesh descriptor “comfort”

#6 Mesh descriptor “pain”

Os descritores acima mencionados foram conjugados com os operadores booleanos “AND” e “OR” e efetuadas pesquisas mais avançadas nas bases de dados científicas: PubMed, RECAAP, B-on e CINAHL Complete. Esta estratégia de pesquisa foi adaptada a cada base de dados com taxonomias e termos de indexação variados. No final, a lista de referências de cada estudo selecionado foi analisada de modo a incluir potenciais estudos, tal como se apresenta no quadro 3.

Quadro 3 - Estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados

| Base de dados   | Estratégia de pesquisa  | Resultados       |
|-----------------|---|------------------|
| Pubmed          | ("infant, premature"[MeSH Terms] OR "premature infants"[Title/Abstract] OR "preterm infants"[Title/Abstract] OR "neonate preterm"[Title/Abstract] OR "premature newborn"[Title/Abstract] OR "premature babies"[Title/Abstract]) AND ("noninvasive ventilation"[MeSH Terms] OR "noninvasive ventilation"[Title/Abstract] OR "non invasive ventilation"[Title/Abstract] OR "cpap"[Title/Abstract] OR "ncpap"[Title/Abstract] OR "continuous positive airway pressure"[Title/Abstract]) AND (("nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing care"[Title/Abstract] OR "neonatal nursing"[MeSH Terms] OR "neonatal nursing"[Title/Abstract]) OR ("pacifiers"[MeSH Terms] OR "pacifiers"[Title/Abstract] OR "sucking behavior"[MeSH Terms] OR "sucking behavior"[Title/Abstract] OR "sucking behaviour"[Title/Abstract] OR "suction behavior"[Title/Abstract]) OR ("patient comfort"[MeSH Terms] OR "patient comfort"[Title/Abstract] OR "comfort"[Title/Abstract] OR "comfort care"[Title/Abstract]) OR ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[Title/Abstract])) | 81 resultados    |
| RCAAP           | Recém-nascido (descrição) E CPAP (descrição)  | 12 resultados    |
| B-on            | ("infant, premature" or "premature infants" or "preterm infants" or "neonate preterm" or "premature newborn" or "premature babies") AND ("noninvasive ventilation" or "non invasive ventilation" or "cpap" or "ncpap" or "continuous positive airway pressure") AND ("nursing care" or "neonatal nursing" or "pacifiers" or "sucking behavior" or "sucking behaviour" or "suction behavior" or "patient comfort" or "comfort" or "comfort care")  | 7146 resultados* |
| B-On            | Pesquisa anterior utilizando os limitadores de assunto, título e resumo.  | 68               |
| CINAHL Complete | ("infant, premature" or "premature infants" or "preterm infants" or "neonate preterm" or "premature newborn" or "premature babies") AND ("noninvasive ventilation" or "non invasive ventilation" or "cpap" or "ncpap" or "continuous positive airway pressure") AND   | 49 resultados    |

|       |  |                |
|-------|--|----------------|
|       | ("nursing care" or "neonatal nursing" or "pacifiers" or "sucking behavior" or "sucking behaviour" or "suction behavior" or "patient comfort" or "comfort" or "comfort care") |                |
| Total |  | 210 resultados |

- A pesquisa foi reformulada devido ao elevado número de estudos

Na base de dados B-On, devido à grande quantidade de resultados, houve a necessidade de nova pesquisa com os limitadores de pesquisa, por termos do assunto (29 resultados), título (4 resultados) e resumo (35 resultados), tendo resultado em 68 potenciais estudos.

Nesta fase, foram incluídos um total de 210 potenciais estudos para análise.

Amendoeira (2022), refere que a partir deste momento da Revisão, passamos à etapa seguinte prevista no protocolo, valorizando-se a elaboração da Checklist ScR, em associação com o recurso ao PRISMA 2020 Flowchart: <https://jbi-globalwiki.refined.site/space/MANUAL/4688844/Appendix+11.2+PRISMA+ScR+Extension+Fillable+Checklist>, que suporta e demonstra o processo de tomada de decisão no que respeita à inclusão dos artigos/documentos para as etapas seguintes do processo de *Scoping Review*.

## 2.5 - Seleção dos estudos

Esta seleção, apresenta uma enorme relevância, por forma a garantir neste formato de Revisão Sistemática de Literatura, que mesmo com a condição de poder ser uma revisão precursora de uma RSL, o rigor e a procura da efetividade, é uma premissa de base para obter os melhores resultados. Neste sentido, associamos ao PRISMA (Amendoeira, 2022, p.20).

Amendoeira (2022), refere ainda que nesta etapa do PRISMA (identificação das fontes), transportamos para o primeiro retângulo o valor total encontrado se utilizarmos exclusivamente bases de dados científicas, inserindo os resultados encontrados em bases de dados científicas e os registos noutras bases. Antes de iniciar a segunda etapa do PRISMA, designada por Screening removemos os registos identificados, que se apresentem duplicados; inelégíveis ou outras razões (esta decisão é suportada pelo recurso à Checklist).

Do resultado das pesquisas enunciadas anteriormente, resultaram 210 estudos que foram sujeitos a verificação de duplicados utilizando a plataforma Rayyan, acessada através de <https://www.rayyan.ai/>. Neste processo foram excluídos 127 artigos duplicados.

Segundo Amendoeira (2022), na etapa Screening, fazemos uma primeira leitura através do título dos artigos, aplicando o Teste de relevância I e, aos estudos incluídos, seguimos outra etapa pela leitura do Resumo, aplicando o Teste de Relevância II, excluindo os artigos/documentos que não se integram no âmbito da Revisão em curso, tendo por base os critérios de inclusão definidos.

Deste modo foi inicialmente aplicado o teste de relevância I aos 83 artigos resultantes. Este foi composto por uma lista de perguntas que são respondidas pelo avaliador mediante uma afirmação ou negação (quadro 4). Desta forma, quando qualquer questão teve como resposta uma negação, o estudo foi excluído da revisão.

Pela aplicação deste teste de triagem foram eliminados 75 artigos. Os motivos da exclusão foram sobretudo porque as temáticas não estava de acordo com o estudo.

Quadro 4 - Teste de Relevância I (TRI)

| Referência do estudo:  |     |     |
|--|-----|-----|
| Questões:  | SIM | NÃO |
| 1. O estudo está de acordo com o tema investigado? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio dador e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> |     |     |
| 2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>   |     |     |
| 3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>   |     |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?   |     |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?   |     |     |

Após a aplicação deste primeiro instrumento de triagem resultaram 8 estudos, os quais foram considerados para análise dos critérios de elegibilidade, após leitura do texto integral por dois pesquisadores de forma independente e aplicado o Teste de Relevância II. Para este efeito, foram formuladas novas questões para orientar a decisão quanto à inclusão ou não dos estudos ( Anexo 2). Manteve-se o mesmo critério, ou seja, as questões foram elaboradas de forma a serem respondidas afirmativa ou negativamente (quadro 5).

Quadro 5 - Teste de Relevância II (TRII)

| Referência do estudo:   |     |     |
|---|-----|-----|
| Questões:   | SIM | NÃO |
| 1. O estudo está de acordo com o tema investigado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio dador e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> |     |     |
| 2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?  |     |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>   |     |     |
| 3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>  |     |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?  |     |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?  |     |     |

Pelo teste de relevância II foram excluídos 5 artigos que não se enquadravam no tema em estudo. As referências dos estudos excluídos e os motivos de exclusão estão apresentados no quadro 6.

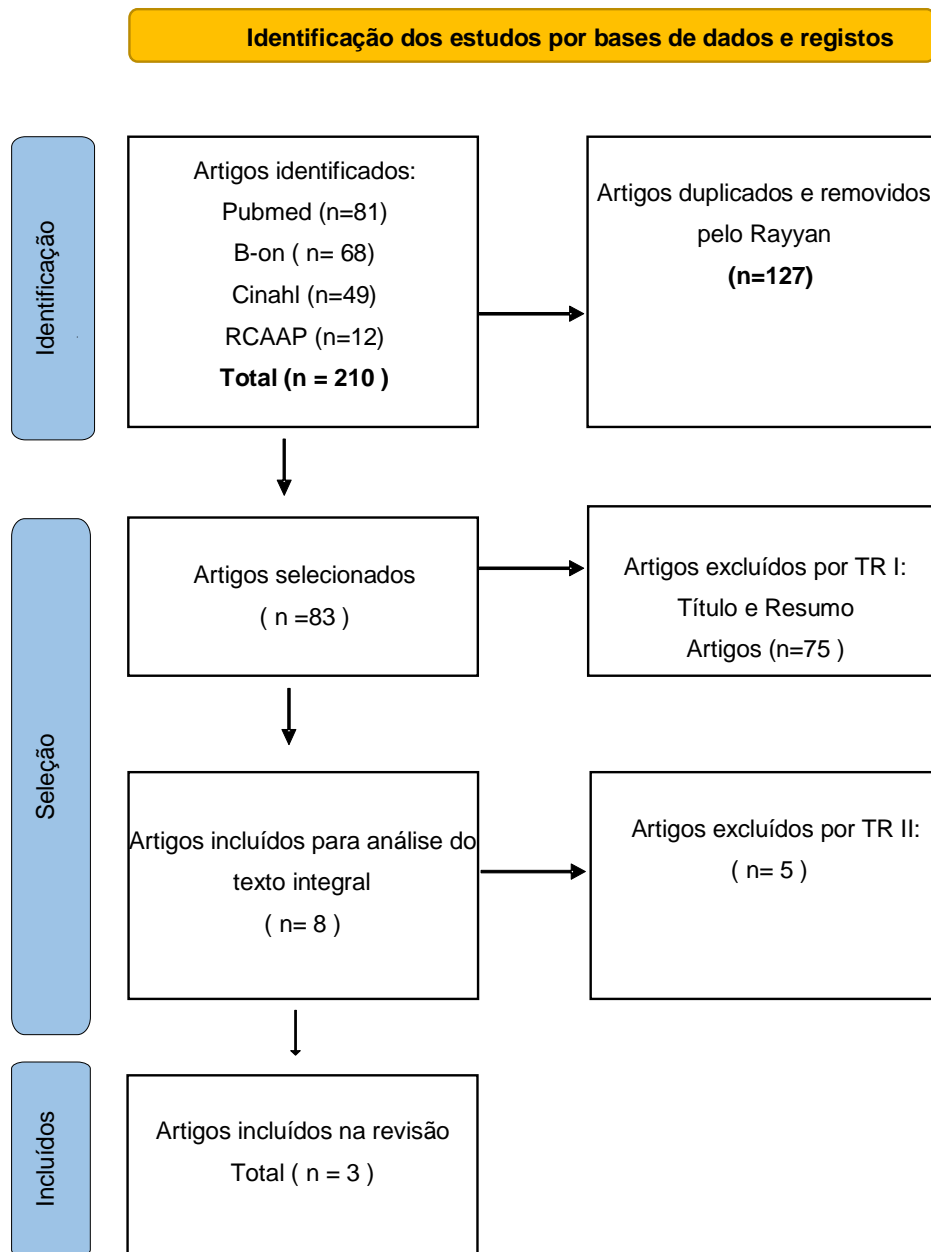
Quadro 6 - Referências e motivo de exclusão dos estudos sujeitos a TR II

| Referência do Estudo |  |                                   | Motivo de exclusão                            |
|----------------------|--|-----------------------------------|---|
| E1                   | NIV NAVA versus Nasal CPAP in Premature Infants: A Randomized Clinical Trial   | Kallio et al, (2019)<br>Finlândia | Não avalia o efeito da SNN na eficácia da VNI |
| E2                   | Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life | Cignacco et al. (2009)<br>Suíça   | Não inclui RN em VNI                          |
| E3                   | Improving nursing knowledge and care for neonates with respiratory distress in Jordan                                | Ali et al. (2019)<br>Jordânia     | Não estava de acordo com a temática do estudo |
| E4                   | Nasal respiratory support in premature infants: short-term physiological effects and comfort assessment              | Kugelman et al. (2008)<br>Israel  | Não avalia o efeito da SNN na eficácia da VNI |
| E5                   | Managing neonatal pain in the era of non-invasive respiratory support  | Tauzin et al. (2019)<br>França    | Não avalia o efeito da SNN na eficácia da VNI |

Após a aplicação do Teste de Relevância II, foram incluídos 3 estudos que cumpriam os critérios de inclusão.

O diagrama de fluxo PRISMA (Figura 2) resume visualmente o processo de seleção. Inicialmente registra o número de artigos encontrados e, em seguida, torna o processo de seleção transparente, descrevendo as decisões seguidas nessa etapa da revisão sistemática. O número de artigos é registado nas diferentes etapas: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão até à obtenção do número final de artigos incluídos na *scoping review* (Page et al., 2021).

Figura 2 - Diagrama do processo de seleção dos estudos: PRISMA Flow Diagram



## 2.6- Extração de dados

Nesta etapa podemos recorrer aos Instrumentos JBI já antes referidos ou a outras estratégias que em cada processo de revisão necessitam ser devidamente explicitadas. Os dados devem incluir detalhes sobre a população (Participantes), os Conceitos (Área de interesse), o Contexto e desenho dos estudos.

Deste modo, será utilizado o instrumento de extração de dados recomendado por Amendoeira (2022) num formato proposto pela JBI.

De seguida apresenta-se a síntese dos resultados dos estudos incluídos (N=3), que foram organizados num quadro, facilitando, assim, a sua compreensão, nomeadamente, autor/ano de publicação; desenho do estudo; objetivos e síntese dos resultados.

Assim, no quadro 7 faz-se uma síntese descritiva, de forma a permitir uma melhor identificação dos resultados mais relevantes que respondam à questão norteadora desta revisão “*Qual o efeito da sucção não nutritiva na manutenção e eficácia da ventilação não invasiva em recém-nascidos prematuros?*”

Quadro 7 - Síntese descritiva dos estudos incluídos na revisão

| Estudo | Autor/<br>Ano; País                 | Título  | Tipo de<br>estudo                                    | Objetivos  | Síntese dos resultados  |
|--------|-------------------------------------|---|--|--|---|
| E 1    | Tekgündüz et al. (2019);<br>Turquia | Oral Glucose and Listening to Lullaby to Decrease Pain in Preterm Infants Supported with NCPAP: A | Ensaio clínico duplo-cego, randomizado e controlado. | Investigar se a glicose oral e a audição de canções de embalar poderiam trazer alívio da dor durante a remoção e reinserção do tubo traqueal e também da aspiração | De acordo com os scores médios da escala PIPP e NIPS, a intensidade da dor dos bebés prematuros nos grupos da canção de embalar e da glicose foi menor durante e após a intervenção, enquanto os prematuros do grupo controle |

|    |                                     |   |  |   |  |
|----|-------------------------------------|---|--|---|--|
|    |                                     | Randomized Controlled Trial   |  | oronasofaríngea em prematuros aos quais foi aplicada pressão positiva contínua nasal nas vias aéreas.   | experimentaram mais dor. A utilização de intervenções não farmacológicas, incluindo SNN com glicose, canções de embalar e leite materno pelos profissionais de enfermagem antes de procedimentos invasivos de manutenção do CPAP nasal melhora a qualidade dos cuidados.   |
| E2 | Antunes & Nascimento, (2013) Brasil | A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem | Estudo experimental com abordagem quantitativa | Demonstrar que a sucção não nutritiva é efetiva no controlo da dor durante a colocação, pela equipe de enfermagem, do CPAP nasal em recém-nascidos prematuros pela avaliação da dor com escala NIPS; demonstrar que o uso da sucção não nutritiva, pode ser considerado uma tecnologia de enfermagem. | A sucção não nutritiva revelou-se eficaz no alívio da dor durante a colocação do CPAP, considerando que o score de dor no grupo experimental atingiu no máximo um score 3 em 9%, e igual a 1 em 82% dos RN, enquanto o score mais prevalente no grupo controle foi 6 em 47,4%, seguido de 7 em 31,6% e 5 em 21% dos bebés. A oferta da sucção não nutritiva pela equipa de enfermagem, durante a instalação do CPAP nasal, deve ser considerada como uma tecnologia de enfermagem. |

|    |                          |  |                                    |  |  |
|----|--------------------------|--|------------------------------------|--|--|
| E3 | Rodrigues et al., (2017) | Analgesic Efficacy of Oral Dextrose and Breast Milk during Nasopharyngeal Suctioning of Preterm Infants on CPAP: A Blinded Randomized Controlled | Ensaio cego randomizado controlado | Comparar a eficácia analgésica da dextrose 25% oral e do leite materno durante a aspiração nasofaríngea em recém-nascidos prematuros com CPAP nasal. | Integraram o estudo 40 RN. A dextrose a 25% e o leite materno diminuíram a dor associada à aspiração nasofaríngea; Apesar de a pontuação média do score PIPP no grupo dextrose 25% ter sido ligeiramente mais baixa durante o procedimento, o uso do leite materno mostrou um benefício mais sustentado até 5 minutos. |
|----|--------------------------|--|------------------------------------|--|--|

## 2.7 - Resultados

Neste capítulo irão ser apresentados os resultados dos estudos incluídos nesta ScR (n=3), que cumpriam os critérios de inclusão e como tal foram considerados relevantes para o problema em análise.

Os estudos são um ensaio clínico duplo-cego, randomizado e controlado, um estudo experimental com abordagem quantitativa, e um ensaio cego randomizado controlado, que descrevem o uso da sucção não nutritiva com glicose a 25% ou leite materno, na gestão da dor do recém-nascido prematuro em VNI com CPAP.

Estes estudos foram realizados entre 2013 e 2019 em países como Turquia, Brasil e Índia, não tendo sido incluído qualquer estudo de origem portuguesa.

A análise individualizada dos estudos mostrou alguma homogeneidade no seu desenho, sobretudo no que respeita à amostra, às variáveis estudadas e ao tipo de intervenção aplicada.

Para apresentação dos dados resultantes de cada estudo é efetuada uma síntese descritiva prévia, onde se salientam, para além dos dados de identificação do estudo, os aspetos considerados mais relevantes.

Os resultados da análise dos estudos incluídos (n=3) foram agrupados e organizados em quadros individuais e identificados com a letra E seguida do número respetivo, para facilitar a sua compreensão.

O estudo de Tekgündüz et al. (2019), um ensaio clínico duplo-cego, randomizado e controlado, tinha como objetivo investigar se a glicose oral e a audição de canções de embalar poderiam trazer alívio da dor durante a remoção e reinserção do tubo traqueal e também da aspiração oronasofaríngea em prematuros aos quais foi aplicada pressão positiva contínua nasal nas vias aéreas (CPAP). Foi realizado numa unidade de terapia intensiva neonatal, utilizando 106 bebés prematuros que foram divididos em três grupos, incluindo 37 bebés no grupo controle, 35 bebés no grupo da canção de embalar e 34 bebés no grupo de sucção de glicose.

Ficou demonstrado que a saturação de oxigénio e a frequência cardíaca máxima foram mais elevadas no grupo de música de embalar em comparação com o grupo controle. Descobriu-se que ouvir canções de embalar reduziu a resposta comportamental imediata à dor, avaliada com pontuações PIPP e NIPS mais baixas em comparação com o grupo controle. No presente estudo, 1 ml de glicose a 30% reduziu significativamente a resposta comportamental imediata à dor avaliada pelos scores PIPP e NIPS mais baixos em comparação com o grupo controle.

Quadro 8 - Síntese da evidência do estudo (E1) de Tekgündüz et al. (2019)

|  |
|--|
| <b>E1 Autor/es:</b> Kadir Şerafettin Tekgündüz, Sevinç Polat, Ayşe Gürol, Serap Ejder Apay   |
| <b>Ano de publicação:</b> 2019   |
| <b>País de origem:</b> Turquia   |
| <b>Título:</b> Oral Glucose and Listening to Lullaby to Decrease Pain in Preterm Infants Supported with NCPAP: A Randomized Controlled Trial   |
| <b>Questão:</b> a glicose oral e a audição de canções de embalar poderiam trazer alívio da dor durante a remoção e reinserção do tubo traqueal e também da aspiração oronasofaríngea em prematuros aos quais foi aplicada pressão positiva contínua nasal nas vias aéreas?   |
| <b>Objetivos:</b> Este estudo teve como objetivo investigar se a glicose oral e a audição de canções de embalar poderiam trazer alívio da dor durante a remoção e reinserção do tubo traqueal e também da aspiração oronasofaríngea em prematuros aos quais foi aplicada pressão positiva contínua nasal nas vias aéreas.  |
| <b>Tipo de Estudo:</b> Ensaio duplo-cego, randomizado e controlado   |
| <b>Metodologia/métodos:</b> Todos os bebês prematuros foram designados aleatoriamente para os grupos de intervenção ou para o grupo controle. As respostas à dor foram avaliadas por meio da Escala <i>Neonatal Infant Pain Scale</i> (NIPS) e a <i>Premature Infant Pain Profile</i> (PIPP).  |
| <b>População:</b> Um total de 106 bebês prematuros foram divididos em três grupos, incluindo 37 bebês no grupo controle, 35 bebês no grupo da canção de embalar e 34 bebês no grupo glicose.   |
| <b>Conceitos:</b> efeito da glicose oral e a audição de canções de embalar no conforto de RN durante a remoção e reinserção do tubo traqueal e também da aspiração oronasofaríngea em prematuros com pressão positiva contínua nasal nas vias aéreas.  |
| <b>Contexto:</b> Este estudo foi realizado na unidade de terapia intensiva neonatal no ambiente terciário entre novembro de 2012 e setembro de 2013.   |
| <b>Síntese dos Resultados:</b> De acordo com os scores médios da escala PIPP, a intensidade da dor dos bebês prematuros nos grupos da canção de ninar e da glicose foi menor durante e após a intervenção, enquanto os prematuros do grupo controle experimentaram mais dor. Antes da intervenção, não foi identificada diferença estatisticamente significativa nos escores da NIPS e PIPP entre os grupos.<br>Os achados sugerem que a dor pode ser reduzida significativamente em bebês prematuros após a intervenção sugerida, embora sejam necessários mais estudos para identificar os |

benefícios das canções de embalar ou da glicose em bebês durante outros procedimentos dolorosos.

**Conclusão/contributos para a questão de revisão:** A utilização de intervenções não farmacológicas, incluindo SNN com glicose, canções de embalar e leite materno, pelos profissionais de enfermagem antes de procedimentos invasivos melhora a qualidade dos cuidados em RN sujeitos a CPAP nasal.

O estudo de Antunes & Nascimento (2013), um estudo experimental com abordagem quantitativa, teve como objetivo investigar se a sucção não nutritiva é efetiva na gestão da dor durante a instalação, pela equipa de enfermagem, do CPAP nasal em recém-nascidos prematuros, e se o uso da sucção não nutritiva, concomitantemente à instalação do CPAP nasal, pode ser considerado uma tecnologia de enfermagem. Foi realizado num serviço de neonatologia e para o efeito foram incluídos 20 RNPT, distribuídos em grupo experimental (sob sucção não nutritiva) e controle (sem sucção não nutritiva), durante a instalação ou reinstalação do CPAP nasal, num total de 30 procedimentos,

Ficou demonstrado que, ao instalar o CPAP nasal, 100% dos RNPT sentiam dor ou desconforto, considerando a pontuação obtida pela escala de NIPS. A observação do procedimento em foco, demonstrou que o score prevalente no grupo controle foi de 6 em 47,4% (9) das observações, seguido pelo score 7 com 31,6% (6) e 5 em 21% (4). Em contrapartida, no grupo experimental o score máximo alcançado foi 3 em 9% (1), sendo o score igual a 1 prevalente em 82% (9) das observações.

Quadro 9 - Síntese do estudo (E2) de Antunes & Nascimento (2013)

|  |
|--|
| <b>E2 Autor/es:</b> Joice Cristina Pereira Antunes, Maria Aparecida de Luca Nascimento   |
| <b>Ano de publicação:</b> 2013   |
| <b>País de origem:</b> Brasil  |
| <b>Título:</b> A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem   |
| <b>Questão:</b> a sucção não nutritiva é efetiva na gestão da dor durante a instalação, pela equipe de enfermagem, do CPAP nasal em recém-nascidos prematuros? o uso da sucção não nutritiva, concomitantemente à instalação do CPAP nasal, pode ser considerado uma tecnologia de enfermagem? |

|   |
|---|
| <p><b>Objetivos:</b> demonstrar que a sucção não nutritiva é efetiva no controlo da dor durante a instalação, pela equipe de enfermagem, do CPAP nasal em recém-nascidos prematuros; demonstrar que o uso da sucção não nutritiva, concomitantemente à instalação do CPAP nasal, pode ser considerado uma tecnologia de enfermagem.</p>   |
| <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo experimental com abordagem quantitativa</p>  |
| <p><b>Metodologia/métodos:</b> 20 recém-nascidos prematuros, submetidos à instalação ou reinstalação do CPAP Nasal, totalizando 30 procedimentos, distribuídos, aleatoriamente, em dois grupos, controle e experimental, em que a sucção não nutritiva foi oferecida, o mesmo não acontecendo com o grupo controle.</p>   |
| <p><b>População:</b> 20 recém-nascidos prematuros</p>   |
| <p><b>Conceitos:</b> uso de sucção não nutritiva (introdução do dedo mínimo enluvado na cavidade oral do recém-nascido prematuro) mantendo os membros fletidos e aproximados, o máximo possível, à linha média do corpo para favorecer a auto-organização, durante a instalação de CPAP nasal nas vias aéreas.</p>  |
| <p><b>Contexto:</b> serviço de neonatologia</p>   |
| <p><b>Síntese dos Resultados:</b> a instalação do CPAP nasal é um procedimento doloroso e as reações de dor foram mensuradas pela escala de NIPS, através de reações comportamentais (expressão facial, choro, movimentação de braços e pernas) e fisiológicas (padrão respiratório). A observação do procedimento demonstrou que o score prevalente no grupo controle foi 6 em 47,4% das observações, score 7 em 31,6% e 5 em 21%. Em contrapartida, no grupo experimental o score prevalente foi 1 em 82%, alcançando como máximo o score 3 em 9% das observações: Assim, a sucção não nutritiva revelou-se eficaz durante a sua instalação do CPAP; a oferta da sucção não nutritiva deve ser considerada como uma tecnologia de enfermagem pela equipa de enfermagem, durante a instalação do CPAP nasal.</p> |
| <p><b>Conclusão/contributos para a questão de revisão:</b> a sucção não nutritiva é eficaz na redução da dor durante a instalação do CPAP. A oferta da sucção não nutritiva pela equipa de enfermagem, durante a instalação do CPAP nasal, deve ser considerada como uma tecnologia de enfermagem.</p>  |

O estudo de Rodrigues et al. (2017), (E3), um ensaio cego randomizado controlado, cujo objetivo era comparar a eficácia analgésica da sucção de dextrose 25% oral e de leite materno durante a aspiração nasofaríngea em recém-nascidos prematuros com CPAP, foi realizado num serviço de neonatologia de um hospital de cuidados terciários.

Os participantes foram 40 recém-nascidos prematuros divididos em 2 grupos (o grupo

A ao qual foi oferecida dextrose oral 25% e o grupo B ao qual foi oferecido leite materno) de forma aleatória numa primeira aspiração, e sem intervenção associada, com os cuidados padrão numa segunda aspiração após 24 horas da primeira. A dor dos RN foi avaliada pela aplicação da escala PIPP.

Apurou-se que, na aspiração nasofaríngea dos recém-nascidos com CPAP, não há diferença significativa entre a dextrose 25% e o leite materno na redução da dor; a dextrose 25% diminui significativamente a dor quando comparado a nenhuma intervenção (tratamento padrão) bem como o leite materno; o leite materno diminui significativamente a dor durante o primeiro minuto e após 5 minutos do procedimento.

Quadro 10 - Síntese do estudo (E3) de Rodrigues et al. (2017)

|  |
|--|
| <b>E3 Autor/es:</b> Luvena Rodrigues; Saudamini V. Nesargi; Maneka Fernandes; A. Shashidhar; Suman P.N. Rao; Swarnarekha Bhat  |
| <b>Ano de publicação:</b> 2017   |
| <b>País de origem:</b> Índia   |
| <b>Título:</b> Analgesic Efficacy of Oral Dextrose and Breast Milk during Nasopharyngeal Suctioning of Preterm Infants on CPAP: A Blinded Randomized Controlled Trial  |
| <b>Questão:</b> qual a eficácia analgésica da dextrose 25% oral e do leite materno durante a aspiração nasofaríngea nos recém-nascidos prematuros com CPAP?  |
| <b>Objetivos:</b> comparar a eficácia analgésica da dextrose 25% oral e do leite materno durante a aspiração nasofaríngea em recém-nascidos prematuros em CPAP.  |
| <b>Tipo de Estudo:</b> Ensaio cego randomizado controlado  |
| <b>Metodologia/métodos:</b> 40 recém-nascidos prematuros divididos em 2 grupos (o grupo A que foi oferecida a dextrose oral a 25%; o grupo B que foi oferecido leite materno) de forma aleatória numa primeira aspiração, e sem intervenção associada numa segunda aspiração, apenas os cuidados padrão após 24 horas da primeira (os mesmos RNs integraram o grupo controlo). Foram excluídos os RN com patologia neurológica, a receber analgésicos e em pausa alimentar. Os RNs foram submetidos a avaliação da dor pela escala PIPP. |
| <b>População:</b> 40 recém-nascidos prematuros   |
| <b>Conceitos:</b> : comparar a eficácia analgésica do leite materno e da dextrose a 25% durante a aspiração nasofaríngea em recém-nascidos prematuros em uso de CPAP.  |
| <b>Contexto:</b> St. Johns Medical College Hospital em Bangalore, um hospital de cuidados terciários   |

**Síntese dos Resultados:** o leite materno e a dextrose a 25% diminuem significativamente a dor durante a aspiração nasofaríngea, mas a dor apenas diminuiu de grave para moderada; este grau de dor grave necessita de uma abordagem multimodal, sugerindo a utilização de leite materno e contenção dos pés e mãos flexionados na linha média do recém-nascido e posicionado em supina ou prono.

**Conclusão/contributos para a questão de revisão:** A dextrose a 25% e o leite materno diminuíram a dor associada à aspiração nasofaríngea; tendo o leite materno mostrado um benefício mais sustentado até 5 minutos.

### Síntese dos dados

Nesta fase da ScR pretende-se efetuar um resumo lógico e descritivo dos principais resultados obtidos nos estudos incluídos, complementados numa tabela síntese, como forma de dar resposta à questão e objetivo do estudo.

Emerge da análise dos estudos o objetivo comum de avaliar o efeito da sucção não nutritiva, enquanto estratégia não farmacológica, na eficácia da ventilação não invasiva com CPAP nasal.

Quadro 11 - Síntese das estratégias e indicadores de eficácia

| Estudos              | Estratégia de conforto   | Indicador de eficácia   |
|----------------------|--|---|
| Tekgündüz et al.     | Sucção de glicose oral e audição de canções de embalar durante a manipulação do CPAP e aspiração oronasofaríngea                   | Os scores médios, da escala de dor PIPP e NIPS, revelaram menor intensidade de dor dos bebês prematuros nos grupos da canção de ninar e da glicose oral, durante e após a intervenção, enquanto os prematuros do grupo controle evidenciaram scores mais elevados |
| Antunes & Nascimento | Sucção não nutritiva (introdução do dedo mínimo enluvado na cavidade oral do RN prematuro), durante a (re)instalação do CPAP nasal | No grupo experimental o score prevalente foi 1 em 82% RN e 3 em 9%, enquanto no grupo controlo o score prevalente foi 6 em 47,4% das observações, 7 em 31,6% e 5 em 21%.  |

|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| Rodrigues et al. | Sucção de dextrose 25% oral e leite materno durante a aspiração nasofaríngea em RN com CPAP | A dextrose a 25% e o leite materno diminuíram a dor, tendo o leite materno mostrado um benefício mais sustentado até 5 minutos após o procedimento. |
|------------------|---|---|

### 3 - Discussão

Neste capítulo, após os dados mais importantes terem sido extraídos, analisados e sintetizados, pretende-se discutir as principais evidências resultantes dos estudos selecionados e incluídos neste estudo de ScR.

A ventilação não invasiva é atualmente o suporte ventilatório preferido para prematuros com dificuldade respiratória, contudo, os seus efeitos protetores pulmonares não devem minimizar a dor e desconforto que pode gerar a sua colocação e manutenção.

Este procedimento, que visa promover uma ventilação eficaz nos recém-nascidos pré-termo nas UCIN, tem sido um grande desafio para as equipas de enfermagem, considerando, não só a vulnerabilidade deste grupo de clientes, mas sobretudo a sensibilidade do enfermeiro, para detetar, através de uma observação apurada, sinais indicativos dos sentimentos exteriorizados no seu pequeno corpo.

Neste sentido, consideramos imperativo estudar estratégias que permitam de forma eficaz, manter o bebé confortável e bem posicionado, de forma a favorecer o menor consumo de oxigénio e assim maximizar a eficácia do CPAP, partindo do pressuposto que este procedimento é considerado adequado quando ocorre o perfeito ajustamento do RNPT à modalidade ventilatória. Neste âmbito, a sucção não nutritiva tem sido utilizada para evitar perdas de pressão pela boca, facto que não contribui para uma ventilação eficaz, para além de favorecer a auto-organização do bebé e ajudar a mantê-lo estável, minimizando o stress relacionado com o procedimento, o que, terá efeitos na eficácia da ventilação não invasiva (Almeida 2021).

Foi com o objetivo de mapear os estudos que analisassem o efeito da SNN na manutenção e eficácia da VNI que surgiu este estudo de investigação, de forma a sustentarmos esta prática em evidência científica e assim darmos um contributo para o exercício da enfermagem.

Os estudos incluídos nesta ScR, todos eles estudos primários de cariz experimental, investigaram essa temática e evidenciaram a eficácia dessa estratégia.

O estudo de Tekgündüz et al. (2019), investigou os efeitos da sucção com glicose oral e ouvir canções de embalar, enquanto estratégias de conforto, sobre a intensidade das manifestações de dor durante a remoção e reinserção do tubo traqueal e a aspiração oronasofaríngea, em prematuros aos quais foi aplicado CPAP. Os resultados evidenciaram que as médias de saturação de oxigénio e de frequência cardíaca eram mais elevadas no grupo de canções de embalar e sucção de glicose a 30%, em comparação com o grupo controle, durante e após a intervenção, contudo sem diferenças estatísticas significativas.

Os autores apuraram ainda que ouvir canções de embalar e a administração de 1 ml de glicose a 30% tinha o efeito de reduzir a resposta comportamental imediata à dor, avaliada

pelos scores médios do *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) e NIPS mais baixos em comparação com o grupo controle, com diferenças estatísticas significativas.

Também neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros refere que o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto, sendo considerada uma estratégia não farmacológica de alívio da dor e desconforto no RN. Além disso, complementar ou promover a sucção com uma solução adocicada (glicose ou sacarose, dado que é descrito que o efeito analgésico da solução glicosada é similar ao da sacarose) diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, através da libertação de endorfinas endógenas. A analgesia promovida por esta estratégia parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor quando da sua interrupção. Da mesma forma, é reconhecido que essa ação analgésica só ocorre quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, indicando que o efeito antinocetivo é mediado pelas papilas gustativas, ou seja, pela sensação do gosto doce. A utilização da sacarose como intervenção não farmacológica é recomendada pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda em recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a realização de procedimentos (OE, MCEESIP, 2013) Relativamente ao efeito da musicoterapia, estudos anteriores descobriram que a musicoterapia pode ter um benefício clínico significativo em bebés prematuros internados em UCIN (Garunkstiene, 2014, citado em Tekgündüz et al., 2019).

Assim, os resultados do estudo de Tekgündüz et al. (2019), apoiam a eficácia previamente relatada do efeito analgésico da glicose oral na redução da dor, antes e durante procedimentos dolorosos. Este recurso é reconhecidamente eficaz e seguro, sendo indicado em 14 dos 15 procedimentos listados pelo *International Evidence-Based Group for Neonatal Pain* (OE, MCEESIP, 2013).

Os autores Antunes e Nascimento (2013), pretenderam igualmente demonstrar que a sucção não nutritiva é efetiva no controlo da dor durante a (re)instalação, pela equipa de enfermagem, do CPAP nasal em recém-nascidos prematuros, e demonstrar que o uso da sucção não nutritiva, concomitantemente à instalação do CPAP nasal, pode ser considerada uma tecnologia de enfermagem. A investigação foi realizada através da observação sistemática e não participativa de variáveis comportamentais (expressão facial, choro, movimentação de braços e pernas) e fisiológicas (padrão respiratório) que compõem a escala de NIPS, apresentadas pelo RNPT durante a (re)instalação do CPAP nasal. Os RN foram incluídos de forma aleatória por sorteio, pelo que o mesmo recém-nascido prematuro foi submetido ao grupo controle e ao grupo experimental em momentos diferentes, sempre que houve necessidade de fazer manutenção do CPAP nasal, pois um novo sorteio foi realizado para determinar a utilização ou não da sucção não nutritiva. A realização da sucção não nutritiva foi estabelecida através da introdução do dedo mínimo enluvado da enfermeira na

cavidade oral do bebê. A preparação do procedimento implicava ainda posicionar adequadamente o recém-nascido prematuro, mantendo os membros fletidos e aproximados à linha média do corpo, com a cabeça ligeiramente elevada, entendendo que o posicionamento adequado favorece a auto-organização, minimiza a situação de stress e ajuda a manter o prematuro estável durante a execução deste procedimento. Também a OE (2013) enfatiza o posicionamento adequado do recém-nascido (a contenção em «ninhos» que promovam a sua organização comportamental, rolos de posicionamento), para além da diminuição dos demais estímulos sonoros e visuais e concentração de manipulações (OE, MCEESIP, 2013).

Desta forma os autores demonstraram que, apesar de a instalação do CPAP nasal desencadear dor e desconforto em todos os RN, quando lhes é oferecida sucção não nutritiva, eles reagem ao estímulo sem manifestar uma pontuação indicativa de dor.

O estudo de Rodrigues et al., (2017) pretendia demonstrar que o leite materno e a dextrose a 25% reduzem os scores PIPP durante a aspiração nasofaríngea, procedimento frequente nos RNs em CPAP nasal, com efeitos dolorosos e destabilização fisiológica. Neste ensaio clínico randomizado e cego, os bebês em estudo receberam dextrose a 25% ou leite materno por via oral. A dor antes, durante e depois foi avaliada por meio do score *Premature Infant Pain Profile* (PIPP). Embora tanto o leite materno como a dextrose sejam considerados atualmente analgésicos eficazes para outros procedimentos dolorosos, os autores desconheciam a sua eficácia na aspiração nasofaríngea.

Neste estudo os autores verificaram redução significativa dos scores PIPP durante o procedimento e até 5 min após quando administrado leite materno, revelando maior sustentabilidade do seu efeito, quando comparado com os cuidados padrão. Contudo considerando que apesar de diminuir significativamente a dor durante sucção de leite materno e dextrose a 25% os scores apenas diminuíram de dor grave para moderada. Nesse sentido os autores referem a necessidade de um tipo de abordagem mais alargada, tendo em conta o grau de dor que a aspiração nasofaríngea provoca, tal como recomendado noutros estudos.

Também neste sentido, Cignacco et al (2009), referem que a manipulação do CPAP, nomeadamente inserção e reinserção, assim como a aspiração nasofaríngea, são considerados procedimentos dolorosos, que implicam a utilização de estratégias eficazes, como a sucção não nutritiva com sacarose.

Tauzin et al. (2019) acrescentam que, ao escolher uma interface específica para o bebê, os cuidadores devem considerar, não só a sua eficácia, como a sua adequação, para promoção do conforto. Referem ainda que, otimizar o conforto e controlo da dor, deve ser obrigatório para melhorar a eficácia e tolerância do suporte respiratório e preservar o resultado ventilatório e do desenvolvimento neurológico.

Os estudos incluídos permitiram ainda reconhecer a eficácia das escalas de

heteroavaliação da dor, ao permitirem aferir a eficácia das intervenções, fazer a gestão correta da dor, prestar melhores cuidados e obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente através da resolução da dor/ganhos expressos na perceção da intensidade da dor, dando um contributo à melhoria contínua da qualidade (OE, 2013).

## Conclusão

Este percurso foi uma experiência extraordinariamente positiva na formação e crescimento pessoal e profissional, pelo desenvolvimento de competências essenciais no âmbito do EEESIP.

O desenvolvimento de competências nos locais de estágio, com o cumprimento dos objetivos delineados com sucesso, permitiu conhecer a criança, jovem, família e comunidade nos diferentes estadios de crescimento e desenvolvimento, na promoção da saúde e prevenção da doença, nos diversos contextos onde estão inseridos.

No final deste percurso, a pratica será vivida de forma diferente, não só pelos conhecimentos adquiridos nas diversas realidades com que houve contacto, mas particularmente pela reflexão que este percurso implicou.

Ao longo dos estágios foi revelada uma evolução positiva na aprendizagem, autonomia, prestação de cuidados diferenciados e na aquisição de competências específicas de EESIP, tendo o desenvolvimento de uma prática baseada em evidencia científica, sido um fator essencial para essa capacitação no domínio de competências técnico-científicas, críticas, reflexivas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares, éticas e deontológicas.

A *Scoping Review* realizada permitiu fundamentar e perceber que a promoção da sucção não nutritiva é uma estratégia necessária à proteção do neurodesenvolvimento do recém-nascido prematuro, sobretudo dos que necessitam de ventilação não invasiva, ao diminuir a dor e desconforto que a (re)instalação ou manutenção desse procedimento aporta.

A investigação científica em enfermagem, ao possibilitar a análise de dados relevantes, permite-nos contribuir, não só para o avanço do conhecimento numa área específica e dessa forma identificar possíveis melhorias nos cuidados prestados a RN, crianças, adolescentes e suas famílias, mas também permite o desenvolvimento da profissão como um todo. Por outro lado, a realização deste estudo permitiu o desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico e a capacidade de aplicação de evidências na prática clínica, pois de entre as várias formas de estudos de revisão, a *scoping review* permite criar uma síntese descritiva que mapeia a amplitude da evidência disponível num determinado tópico ou questão, independentemente da fonte de informação obtida (Amendoeira, 2021).

A finalização deste percurso formativo, que culminou neste estudo de revisão *scoping*, permite-nos concluir com a seguinte resposta à questão formulada:

- As estratégias não farmacológicas, como a sucção não nutritiva nas suas diversas

formas, complementadas com sacarose ou leite materno, promovem o conforto do RN prematuro, ao permitirem o controlo ou minimização da dor, a auto-organização do bebé, e maior estabilidade do RN durante a (re)instalação ou manutenção da VNI, melhorando desta forma a sua eficácia.

Esta evidência permite-nos defender que, no atual contexto de evolução tecnológica, onde se destacam novas abordagens clínicas neste âmbito, nomeadamente o surfactante nebulizado ou a sincronização da VNI, que estas não podem concentrar-se apenas nos resultados respiratórios. Os benefícios respiratórios a curto prazo, associados à VNI, não devem superar os efeitos adversos a longo prazo que as experiências dolorosas precoces acarretam, tal como as evidências amplamente comprovam. Escolher sabiamente o melhor sistema e interface para administração de VNI e melhorar a sincronização da VNI com o RNPT através do uso de estratégias não farmacológicas eficazes e seguras, deve ser a prática de cuidados de qualidade ao RN internado na UCIN com necessidade de VNI.

O desenvolvimento tecnológico nesta área deve incluir sempre uma abordagem científica no âmbito da prevenção e minimização da dor ou desconforto que lhe está associada, para a qualidade de vida dos bebés prematuros que recebem VNI.

A avaliação adequada da dor é fundamental e deve ser sempre considerada uma prática essencial aos cuidados de enfermagem, constituindo um importante contributo para a tomada de decisão clínica e para a intencionalidade das práticas de qualidade baseadas na melhor evidência, inerentes ao EEESIP.

### **Limitações do estudo**

É habitual, nos trabalhos de investigação emergirem limitações decorrentes das metodologias utilizadas ou de aspetos contextuais do processo.

Neste âmbito, refere-se o facto de a maioria dos artigos encontrados estudarem a sucção não nutritiva enquanto medida não farmacológica no controlo da dor nos procedimentos de (re)instalação e manutenção da VNI e haver poucas referências ao efeito tampão na orofaringe da sucção, o que, de acordo com alguns autores, aporta igualmente contributos para a eficácia da ventilação não invasiva, mas que não nos foi possível comprovar (Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia, 2004).

### **Implicações para a prática**

Não sendo objetivo da revisão *scoping* fazer recomendações com implicações para a prática, é, no entanto, inevitável uma reflexão sobre os aspetos que podem ser melhorados na nossa práxis.

No serviço onde desempenho funções, cuja missão tem por objetivos, para além de

outros aspetos, promover o conforto e o bem-estar do RNPT e a procura pelas mais recentes evidências, são o foco da garantia de cuidados de enfermagem de excelência.

Assim, os contributos deste estudo serão partilhados com a equipa e realçados os benefícios desta intervenção autónoma de enfermagem na promoção da eficácia da ventilação não invasiva, através do conforto e bem-estar do recém-nascido pré-termo.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, D. (2021). Cuidados de Enfermagem. Ventilação no recém-nascido. Lidel. p.189-191
- Alves, A.(2014). Impacto da formação pós-graduada em enfermagem nas conceções e práticas dos enfermeiros; Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Amendoeira, J. (2022). Revisão Sistemática de literatura - SCOPING REVIEW (José Amendoeira). Instituto Politécnico de Santarém UMIS-ESSS.
- American Psychological Association. (2019). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. APA.
- Antunes, C. P., & Nascimento, M. A. de L. (2013). The non-nutritive sucking of premature newborn as a nursing technology. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 663–667. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000500004>
- APA 7ª Edição. (2020). Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas. *Universidade de Aveiro*, 1–24.
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), páginas 83-92.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)
- Araújo, C. M. (2021). Promoção do conforto no recém-nascido pré-termo submetido a ventilação não invasiva. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).
- Aromataris E, Munn Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Associação dos Bissaynhos Nascidos Antes do Tempo. (2023). <http://www.bissaynhos.pt/pt/>
- Ayres, G. (2018). O cuidado de enfermagem à dor no recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva: Uma Revisão Integrativa. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Escola de Enfermagem.
- Batalha, L., Santos, L. A., Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no periodo neonatal.pdf. *Acta Pediátrica Portuguesa*, No4, Volume 36, 201–207.

- Cignacco, E. Hamers, Ja. Lingen, R. Stoffel, L. Büchi, S. Müller, R. Schütz, N. Zimmermann, L. Nelle, M. (2009). Neonatal procedural pain exposure and painmanagement in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss Med Wkly* 2009;139(15–16):226–232
- Clemente, F. Neto, F. (2021). Cuidados de Enfermagem. Ventilação no recém-nascido. Lidel. p.192-196
- Criança, I. D. (maio de 2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Laboratório Mendinfar. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_carta\\_crianc\\_a\\_hospitalizada.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianc_a_hospitalizada.pdf) ;
- Cunha, M. Santos, E. (2021). Revisão Sistemática da Literatura com Meta-análise: um guia prático para iniciantes. Edições Esgotadas
- DGS. (2021). Dia Mundial da Prematuridade. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/17/dia-mundial-da-prematuridade-8/>
- Direção Geral da Saúde. (2013). Manual de Boas Práticas – Anexo V – Saúde Infantil e Juvenil; <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/3140672/COMO%20FAZEMOS/Manual%20Boas%20Práticas%20-%20Anexo%20V%20-%20Saúde%20Infantil%20e%20Juvenil.pdf>;
- EFCNI. (2023). Principais fatos nascimento prematuro. <https://www.efcni.org/health-topics/key-facts-preterm-birth/>
- Ferraz, L. P. L. (2017). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. In Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferraz, L. P. L. Fernandes, A. M. Gameiro, M. G. H. (2022). Cuidados Centrados No Desenvolvimento Do Recém-Nascido Prematuro: Estudo Sobre As Práticas Em Unidades Neonatais Portuguesas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0235pt>
- Franck, L. (2020). Como Confortar um Bebê nos Cuidados Intensivos (edição portuguesa). <https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/comfy.pdf>
- Gupta S, Donn SM. (2016). Continuous Positive Airways Pressure: Physiology and Comparison of Devices, *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2016.02.009>

ICN - International Council of Nurses. (2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários - DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2008.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf).

INEM. (2013). Sistema integrado de emergência médica. 1ª Edição; Versão 2.0.

<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>

Jacinto, A., Fernandes, B., Fernandes, C., Barreto, C., Pereira, M. C., Correia, M., Goes, M., João, A., Coelho, A., Dias, A., & Lusquinhos, L. (2023). Cuidados de enfermagem ao prematuro com síndrome do desconforto respiratório: uma revisão integrativa da literatura. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 9(1), 115–132.

[https://doi.org/http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(1\).605.115-132](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(1).605.115-132)

Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Capítulo 2: Revisões sistemáticas de evidências qualitativas. In: Aromataris E, Munn Z (Editores). *JBI Manual para Síntese de Evidências*. JBI. (2020). Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global> . <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>

Mangas, F. Cavadas, V. (2022). Guia de acolhimento de alunos Internos e outros profissionais - USF Marquês de Marialva; 2022;

Monteiro, S. (2022). Estratégias Promotoras do Sono do RN nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. Escola Superior de Saúde de Viseu. [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7301/1/SaraLuisaGoncalvesMonteiro\\_RM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7301/1/SaraLuisaGoncalvesMonteiro_RM.pdf)

Neiva, F. C. B., & Leone, C. R. (2007). Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Revista Paulista De Pediatria*, 25(2), 129–134. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822007000200006>

Nona, J., Maurício, A., Araújo, C., Imaginário, J., Aguiar, T., Resende, C., & Costa, A. (2014). Consenso clínico - Ventilação não invasiva. Grupo de Consensos Em Neonatologia - Secção de Neonatologia Da SPP, 1–16.

OMS. (2023). Nascimento prematuro. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf);
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*; [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf);
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Enfermeiro de Família*; [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118\\_2014\\_EnfFamilia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf);
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização, Série 1. Número 8*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Infantil e Pediátrica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista*; <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Dia Mundial da Prematuridade*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-mundial-da-prematuridade/>

- Organização Mundial da Saúde. (2022). Recomendações da OMS para o cuidado do recém-nascido prematuro ou de baixo peso. Genebra: Organização Mundial da Saúde; Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>
- Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Rocha, G. (2021). Cuidados de Enfermagem. Ventilação no recém-nascido. Lidel. p. 3-23
- Rodrigues, L. (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro; Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; <http://repositorio.esenfc.pt/?url=XNQguO>;
- Rodrigues, M. Rocha, G. (2021). Cuidados de Enfermagem. Ventilação no recém-nascido. Lidel. p. 27- 36
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP {®}: Uma filosofia de cuidados{...} NIDCAP: a philosophy of care. *Nascer e Crescer*, XX, 26–31. [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci%7B\\_%7Darttext%7B%7Dpid=S0872-07542011000100006%7B%7Dlang=pt](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci%7B_%7Darttext%7B%7Dpid=S0872-07542011000100006%7B%7Dlang=pt)
- Santos, J. Erse, M. Façanha, J. Marques, L. Simões, R. (2014). + *Contigo: promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=579&codigo=](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=579&codigo=) ;
- Santos, M. do C. (2011). A visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da Neonatologia. Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1487/1/SANTOS%20Maria%20C%3%A9u%2C%20A%20visita%20domicili%C3%A1ria%20ao%20rec%C3%A9m%20nascido%20pr%C3%A9%20termo%20ap%C3%B3s%20alta%20da%20neonatologia.pdf>
- Silva, N. A. (2013). Experiência vivida pelo pai no nascimento de um filho prematuro. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Sousa, P. (2012). O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados.

- SOUZA, M. D. A. B. DE. (2016). Indicadores comportamentais e fisiológicos da dor no prematuro em uso de pronga nasal: um estudo longitudinal prospectivo. In Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Tecnologias em Saúde
- Sweet, D. G., Carnielli, V. P., Greisen, G., Hallman, M., Klebermass-Schrehof, K., Ozek, E., Te Pas, A., Plavka, R., Roehr, C. C., Saugstad, O. D., Simeoni, U., Speer, C. P., Vento, M., Visser, G. H. A., & Halliday, H. L. (2023). European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. *Neonatology*, 120(1), 3–23. <https://doi.org/10.1159/000528914>
- Tavares, M. A. F. (2020). Gestão e organização de cuidados aos recém-nascidos pré-termo. 199. <http://web.esenfc.pt/?url=Evzg8Hit>
- Tauzin, M. Durrmeyer, X. (2019). Managing neonatal pain in the era of non-invasive respiratory support. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.04.004>
- Tricco, AC, Lillie, E, Zarin, W, O'Brien, KK, Colquhoun, H, Levac, D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel, S et al. (2018). Extensão PRISMA para revisões de escopo (PRISMA-ScR): lista de verificação e explicação. *Ann Intern Med*. p.169(7):467-473. <https://doi:10.7326/M18-0850>

## Apêndices



## Apêndice 1 - Projeto de estágio de Pediatria

Os objetivos traçados constituem um pilar para sustentar e justificar as ações desenvolvidas. Constituem, deste modo, um importante instrumento de avaliação das atividades desempenhadas, traduzidas pela realização de um relatório de estágio.

Os objetivos e as atividades a desenvolver durante os estágios procuram ir ao encontro das expectativas de aprendizagem e de desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências profissionais. Desta forma, foram estruturados de acordo com os 4 domínios que constam nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de acordo com as Competências Específicas do EEESIP.

Assim, como objetivos específicos do Enfermeiro Especialista foram delineados os seguintes objetivos.

| Objetivo   | Atividades/intervenções   |
|--|---|
| <b>Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal</b>   |   |
| Desenvolver uma prática de cuidados baseada nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem que respeitem a cultura, as crenças e valores da criança/jovem e sua família;</li> <li>- Respeito pelos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão;</li> <li>- Reflexão de forma crítica após a tomada de decisão sobre questões/decisões éticas e morais, em conjunto com o enfermeiro tutor e/ou equipa de enfermagem.</li> </ul> |
| <b>Domínio da Melhoria contínua da qualidade</b>   |   |
| Desenvolver uma prática de cuidados de qualidade, seguindo as estratégias institucionais e visando a melhoria contínua da qualidade e a promoção de um ambiente terapêutico seguro | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento das instalações, provisão técnica, recursos materiais e humanos existentes no serviço;</li> <li>- Conhecimento, de forma geral, da organização e funcionamento do serviço;</li> <li>- Identificação da dinâmica e metodologia de prestação de cuidados;</li> </ul>  |

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

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| autoconhecimento e assertividade | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecimento de lacunas de conhecimento e oportunidades de aprendizagem;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre procedimentos e cuidados diferenciados observados, nas diversas áreas da prestação de cuidados;</li> <li>- Desenvolvimento de uma interação assertiva com a equipa multidisciplinar e com a criança/jovem e respetiva família.</li> </ul> |
|----------------------------------|---|

Na formação pós-graduada, é fundamental estabelecer os objetivos específicos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

| <b>Objetivo</b>  | <b>Atividades/intervenções</b>   |
|--|--|
| Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação e gestão, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;</li> <li>- Diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</li> </ul>   |
| Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecimento das situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados de enfermagem apropriados;</li> <li>- Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;</li> <li>- Resposta às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;</li> <li>- Providência dos cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</li> </ul>   |
| Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil;</li> <li>- Promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais;</li> <li>- Comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;</li> <li>- Promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.</li> </ul> |

Deste modo, torna-se fundamental traçar também objetivos específicos para este estágio, a desenvolver para além dos objetivos comuns.

| <b>Objetivo</b>  | <b>Atividades/intervenções</b>   |
|--|--|
| Demonstrar capacidades no que respeita à gestão de cuidados, garantindo uma colheita de dados eficaz de forma a elaborar um plano de cuidados adequado com a criança/jovem e família | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de uma comunicação com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e atendendo à sua vulnerabilidade, nas situações de especial complexidade;</li> <li>- Análise da expressão de emoções e dúvidas da criança/jovem e família;</li> <li>- Adoção de uma postura adequada, para estabelecer uma relação empática, e facilitar a expressão/controlo emocionais;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem especializados em resposta às necessidades do utente em parceria com a família, respeitando sempre as suas crenças e cultura e a sua decisão, não fazendo juízos de valor;</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da privacidade e confidencialidade principalmente nos cuidados de enfermagem da criança/ jovem e família;</li> <li>- Gestão dos recursos materiais de modo a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados ao recém-nascido, criança/jovem e família e a obtenção de ganhos em saúde;</li> </ul>   |
| <p>Desenvolver competências diferenciadas que permitam antecipar e adequar cuidados quando estiver perante situações que exijam cuidados à criança/jovem nesta UCI;</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreensão da visão, missão e filosofia de cuidados da unidade;</li> <li>- Conhecimento da estrutura, circuitos, materiais e equipamentos do serviço, otimizando a gestão de recursos disponíveis;</li> <li>- Aprofundamento de conhecimentos científicos e adquirir habilidades técnicas fundamentais para cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade;</li> <li>- Preparação de material para a colocação de acessos venosos centrais (cateteres e epicutâneas), manipulação, otimização, administração de terapêutica e colheita de sangue na criança/jovem;</li> <li>- Vigilância, monitorização e cuidados de enfermagem à criança com necessidade de ventilação assistida (invasiva e não invasiva);</li> <li>- Gestão de protocolos e administração de medicação de emergência (drogas, vias, doses, diluições, estabilidade, incompatibilidades, ...);</li> <li>- Prestação de cuidados à criança/jovem em situação emergente e na antecipação da instabilidade;</li> <li>- Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem em situação crítica;</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência à criança/jovem/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação/instabilidade;</li> <li>- Gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a criança/jovem/família face à situação de especial complexidade;</li> <li>- Vigilância, monitorização e cuidados de enfermagem à criança com necessidade de hipotermia, ventilação de alta frequência e com óxido de nítrico;</li> </ul> |
| <p>Adquirir conhecimentos relacionados com o Serviço de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP);</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento da Enf. Tutora num dia de TIP;</li> <li>- Observação da preparação do material necessário bem como dos cuidados prestados e procedimentos realizados durante um TIP;</li> </ul>  |
| <p>Desenvolver conhecimentos e competências no âmbito do trabalho a desenvolver no Relatório final;</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração do relatório final que inclua a descrição do contexto do estágio, a reflexão crítica baseada na evidência e no pensamento teórico de enfermagem, sobre as atividades desenvolvidas e a fundamentação sobre evidências científicas que permitam suportar a investigação sobre a monitorização e avaliação da utilização da sucção não nutritiva e seus benefícios em recém-nascidos com ventilação não invasiva.</li> </ul>   |

## Apêndice 2 - Projeto de estágio de Saúde Infantil e Familiar

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

Assim, o estágio que irei realizar na USF, será uma oportunidade de:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, criança, jovem e família;
- Realizar uma prática clínica baseada em evidência científica e pautada por autoconhecimento e assertividade;
- Assistir a criança, jovem e sua família na maximização da sua saúde;
- Prestar cuidados adequados às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem;
- Cuidar dos RN/crianças/jovens em situação de especial complexidade.

Deste modo, torna-se fundamental traçar também objetivos específicos para este estágio, a desenvolver para além dos objetivos comuns.

| <b>Objetivo</b>  | <b>Atividades/intervenções</b>  |
|--|---|
| Garantir a manutenção e a promoção da saúde da criança/jovem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização da consulta de enfermagem na área da saúde infantil e juvenil com base no PNSIJ, e registo nos suportes próprios;</li> <li>- Registo e consulta do boletim individual de saúde da criança, envolvendo os pais na maximização da sua utilização;</li> <li>- Incentivo para o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) e realização do rastreio de doenças metabólicas;</li> <li>- Realização de ensinamentos oportunos individualizados, à criança, jovem e família;</li> </ul> |

- Implementação de medidas ao nível da promoção da saúde e da prevenção de doenças, tais como identificação de fatores de risco para a saúde como, por exemplo, a obesidade, promoção do aleitamento materno e hábitos de vida saudáveis, a prevenção de acidentes adequada às diferentes fases de desenvolvimento da criança;
- Gestão de medidas farmacológicas para combate à dor;
- Prevenção das perturbações emocionais e do comportamento, os acidentes, os maus hábitos e maus-tratos;
- Detecção precoce e encaminhamento das situações que possam afetar negativamente a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente;
- Prevenção, identificação e abordagem das doenças comuns nas várias idades reforçando o papel dos pais/cuidadores, e alertando para os sinais e sintomas que justifiquem o recurso aos diversos serviços de saúde;
- Sinalização e apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias e articulação com os vários recursos;
- Identificação, apoio e orientação das crianças e famílias vítimas de maus-tratos e de violência;
- Promoção do desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação da criança/jovem;
- Estimulação do papel parental adequado e promoção do bem-estar familiar.

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação, quando oportuna, com outras unidades funcionais, nomeadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade.</li> </ul>   |
| Promover a vigilância do desenvolvimento infantil  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcação de consultas de vigilância segundo o PNSIJ e/ou em SOS;</li> <li>- Conhecimento da história clínica da criança e incentivo da exposição das preocupações dos pais/cuidadores;</li> <li>- Participação na realização da consulta de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Registo e consulta do boletim individual de saúde,</li> <li>- Avaliação do desenvolvimento através da escala do desenvolvimento Mary Sheridan;</li> <li>- Avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar;</li> <li>- Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial do desenvolvimento infantil e sobre os sinais de alerta.</li> </ul> |
| Detetar de forma precoce, acompanhar e encaminhar de situações que possam afetar negativamente o bem-estar da criança/jovem e família; | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da criança/jovem durante a consulta;</li> <li>- Observação do comportamento;</li> <li>- Identificação de sinais e sintomas causadores de doença;</li> <li>- Partilha de informações sobre os sinais de alarme;</li> <li>- Sinalização de comportamentos de risco e acidentes (partilha de informação sobre a prevenção dos mesmos e os cuidados a ter).</li> </ul>   |
| Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família no âmbito da Consulta de Saúde                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmitir orientações antecipatórias para maximizar a saúde relacionada com: o crescimento e desenvolvimento infantil/juvenil, comportamentos saudáveis e saúde escolar.</li> </ul>   |

|   |   |
|---|---|
| <p>Infantil abordando a maximização da saúde</p>  |   |
| <p>Demonstrar capacidades no que respeita à gestão de cuidados, garantindo uma colheita de dados eficaz de forma a elaborar um plano de cuidados adequado com a criança/jovem e família</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação da estrutura familiar;</li> <li>- Avaliação da informação existente na perspetiva da criança/jovem e família, bem como das suas crenças;</li> <li>- Análise da expressão de emoções e dúvidas da criança/jovem e família;</li> <li>- Adoção de uma postura adequada, para estabelecer uma relação empática, e facilitar a expressão/controlo emocionais;</li> <li>- Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do utente em parceria com a família, respeitando sempre as suas crenças e cultura e a sua decisão, evitando os juízos de valor;</li> <li>- Estabelecimento de uma relação, comunicação empática com a criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e ao estadio de desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Promoção da privacidade e confidencialidade principalmente na consulta do jovem;</li> <li>- Gestão dos recursos materiais de modo a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados ao recém-nascido, criança, jovem e família e a obtenção de ganhos em saúde;</li> </ul> |
| <p>Dar a conhecer os benefícios, vantagens e desvantagens da sucção não nutritiva - uso da chupeta</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de sessão de formação em contexto de formação em serviço sobre benefícios, vantagens e desvantagens da sucção não nutritiva - uso da chupeta;</li> <li>- Realização de esclarecimento aos pais/cuidadores sobre benefícios, vantagens e desvantagens da sucção não nutritiva - uso da chupeta;</li> </ul>   |

### Apêndice 3 - Projeto de estágio de Neonatologia

| Objetivo   | Atividades/intervenções   |
|--|---|
| <p>Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da Unidade de Cuidados Intensivos ao RN (Neonatologia B) da MBB e integrar a equipa multidisciplinar de saúde</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da orgânica e o funcionamento da UCIN, assim como a equipa multidisciplinar que a constitui;</li> <li>- Observação da dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Conhecimento da Missão e Visão da UCIN;</li> <li>- Consulta dos protocolos e normas existentes na unidade;</li> <li>- Conhecimento dos projetos de formação dinamizados na UCIN;</li> <li>- Conhecimento das unidades intrainstitucionais que dinamizam com o respetivo serviço e a sua forma de interação e relação estabelecida;</li> <li>- Identificação da rede de diferenciação da unidade;</li> </ul> |
| <p>Assistir o RN com a família, na maximização da sua saúde</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação e gestão, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social do RN;</li> <li>- Diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida do RN.</li> </ul>  |
| <p>Cuidar do RN e família nas situações de especial complexidade</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecimento das situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados de enfermagem apropriados;</li> <li>- Gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN, otimizando as respostas;</li> <li>- Resposta às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;</li> <li>- Providência dos cuidados ao RN promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da adaptação do RN e família à doença crónica, deficiência/incapacidade.</li> </ul>   |
| <p>Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do RN</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil;</li> <li>- Promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais;</li> <li>- Comunicação com o RN e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</li> </ul>   |
| <p>Conhecer, desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre as filosofias e modelos de intervenção de enfermagem que norteiam a prática dos cuidados de enfermagem na UCIN</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação dos referenciais teóricos que norteiam as filosofias na prática dos cuidados de enfermagem na UCIN;</li> <li>- Desenvolvimento dos conceitos e aprofundamento de conhecimentos nos cuidados centrados no neurodesenvolvimento do RN, parceria de cuidados com a família, amamentação, avaliação e tratamento da dor e desconforto.</li> <li>- Promoção da vinculação e o desenvolvimento afetivo da díade, através do envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido;</li> <li>- Estabelecimento de uma relação de ajuda, empática e de escuta ativa com os pais, através de uma abordagem individualizada e procurando ir ao encontro das suas dúvidas, necessidades, inquietações e preocupações;</li> <li>- Avaliação da adaptação familiar, as estratégias de coping e os mecanismos de resiliência da família, intervindo precocemente quando necessário;</li> <li>- Vigilância do estado clínico do RN, detetando e intervindo precocemente em situações que reflitam em agravamento do estado clínico;</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeamento dos cuidados ao RN, de acordo com as necessidades identificadas, estabelecendo prioridades de intervenção e através do envolvimento dos pais;</li> <li>- Planeamento dos cuidados ao RN e família, contemplando todas as fases do plano de cuidados de enfermagem: colheita de dados, identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem;</li> <li>- Prestação dos cuidados ao RN e família, com supervisão, desde o acolhimento até à alta, promovendo os cuidados desenvolvimentais;</li> </ul>  |
| <p>Desenvolver conhecimentos e competências em relação a procedimentos específicos da unidade</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização e aprofundamento dos conhecimentos sobre a utilização da ventilação com óxido de nítrico;</li> <li>- Aquisição de conhecimentos sobre procedimentos específicos da UCIN.</li> </ul>   |
| <p>Desenvolver conhecimentos e competências no âmbito do tema central a desenvolver no relatório final</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração da reflexão final que inclua a descrição do contexto do estágio, a reflexão crítica baseada na evidência e no pensamento teórico de enfermagem, sobre as atividades desenvolvidas e a fundamentação sobre evidências científicas que permitam suportar a investigação sobre a monitorização e avaliação da utilização da sucção não nutritiva e seus benefícios em recém-nascidos com ventilação não invasiva;</li> <li>- Divulgação à equipa de trabalho da evidência científica dos benefícios da sucção não nutritiva do RN com ventilação não invasiva através dos resultados da scoping review.</li> <li>- Divulgação à equipa de trabalho de um flyer informativo sobre a utilização e cuidados a ter com a chupeta;</li> </ul> |

## **Anexos**



## Anexo 1 - Flyer “A chupeta Como escolher a mais adequada”

**A chupeta pode ser usada até aos 18 meses, e deve ser retirada até aos 2 anos e meio/ 3 anos.**

**Como largar a chupeta?**

Não forçar nem usar métodos drásticos como colocar substâncias com sabor desagradável na chupeta.

Evitar fazer comentários negativos.

Treinar o uso restrito da chupeta; guardar a chupeta e só a usar quando for muito necessário.

Negociação – propor trocar a chupeta por outro brinquedo que o seu filho deseje, sem que isso seja um hábito.


Momentos especiais – perceber quando o seu filho necessita mais da chupeta, e nesse momento, dar-lhe mais atenção, dando-lhe colo ou ler-lhe uma história.

Limite temporal – estipular uma data para deixar a chupeta, motivando-o, mas sem pressionar, elogiando-o e transmitindo força para o fazer na data acordada.

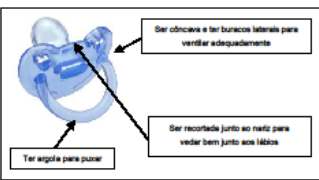
Bons exemplos – dar exemplos de pessoas que o seu filho admira e que conseguiram deixar a chupeta.

Reforço positivo – elogie o seu filho e recompense-o com mimos e atividades juntos.

Ao adormecer – se a chupeta é usada para adormecer, enquanto está a tentar deixar a chupeta, dê-lhe alguns mimos na hora de dormir, converse ou conte uma história.



**A chupeta deve ser**



**Cuidados a ter com a chupeta**

Não force colocar a chupeta se o seu filho não quiser. Não tente reintroduzir a chupeta se o seu filho a deixar cair durante o sono.

Evite os corações e as fitas amarradas à chupeta pelo risco de asfixia.

Até aos 4 meses, pode esterilizar a chupeta; a partir daí, pode apenas lavar com água corrente.


Substitua a chupeta de 2 em 2 meses, ou quando estiver gasta ou deformada, e de acordo com a idade do seu filho.

Tenha em conta, que o seu filho pode ser alérgico ao látex.

Autor: Pedro Canas  
Data: Junho de 2023  
Apresentado na UCIN, no contexto de Estágio de Neonatologia para o Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola superior de Enfermagem de Viseu

# Chupetas

**Como escolher a mais adequada**



### Benefícios do uso da chupeta

#### Chupeta e Síndrome de Morte Súbita no Lactente

As sociedades científicas de relevo, com destaque para a Associação Americana de Pediatria, recomendam a chupeta para diminuição do SMSL desde que a amamentação esteja bem estabelecida, a partir do primeiro mês de vida e até ao ano de idade.

**Chupeta na prematuridade** A chupeta, além de proporcionar conforto, induz um estado de regulação fisiológica e auxilia o desenvolvimento oro-motor, melhorando a coordenação da sucção-deglutição-respiração.

**Chupeta na diminuição da dor** A sua utilização é um fator de alívio da dor em recém-nascidos e lactentes, mesmo após os 3 meses de idade, durante procedimentos dolorosos.

#### Diminui o desconforto associado às cólicas

Quando as crianças apresentam cólicas com maior frequência e se encontram mais irritáveis, a chupeta também poderá ser um adjuvante à redução do desconforto do bebé.

**Chupeta e seu efeito no refluxo gastroesofágico** O uso da chupeta conduz a uma aceleração do trânsito intestinal, bem como a um maior número de movimentos intestinais, diminuindo o refluxo.

Recomenda-se que a chupeta seja evitada em crianças com RGE quando em posição deitada e oferecida após as refeições, na posição sentada, devido ao efeito benéfico na diminuição dos eventos de RGE.

#### Evita que os bebés chuchem no dedo

O chuchar no dedo pode provocar alterações no dedo bem como no lábio e palato. Pode ser o foco de vários tipos de infeções. É um hábito mais difícil de deixar que a chupeta.

### Desvantagens da chupeta

**Chupeta e alterações dentárias** A maioria dos estudos nesta área encontrou diferenças nas crianças que utilizam chupetas para lá dos 24 meses de idade. Quanto mais tardiamente o hábito é abandonado, há maior a probabilidade de aparecimento destas alterações. Algumas alterações não revertem mesmo após a remoção da chupeta.

**Cáries** A utilização prolongada de chupetas ou com o seu uso inapropriado (chupeta associadas a soluções açucaradas) está associada ao aparecimento de cáries.

**Efeito da chupeta no desenvolvimento da fala** A chupeta, quando usada de forma inadequada, tem impacto negativo sobre o desenvolvimento da fala. À medida que ocupa a cavidade oral, limita a imitação de sons e a emissão de palavras, levando a uma vocalização distorcida.

**Influência na otite** As crianças que utilizam chupetas têm maior risco de OMA recorrente, com um aumento de 25% da incidência anual desta infeção e a remoção da chupeta ou a restrição do seu uso diminui em cerca de 29% a ocorrência de OMA nestas crianças.

**Amamentação** Na evidência atual, são cada vez mais os autores e sociedades que recomendam a utilização de chupeta como medida preventiva do SMSL, após a amamentação estar estabelecida.

**A decisão de usar chupeta é dos pais!**

**Aos profissionais de saúde cabe informar os pais dos benefícios e desvantagens do uso da chupeta para que tomem uma decisão informada.**

### QUAL A MELHOR CHUPETA?

#### Tipo de material

| Chupeta de látex                       | Chupeta de silicone               |
|--|-----------------------------------|
| Mais mole e deformável                 | Maior resistência à esterilização |
| Menos alterações na boca e dentes      | Menor contaminação que o látex    |
| Mais suscetível à degradação e lavagem | Menor resistência às mordeduras   |

#### Forma do bico

Bico anatómico

Bico fisiológico



**A chupeta mais adequada é a chupeta que o bebé se adapta melhor!**

## Anexo 2 – Testes de relevância II dos artigos excluídos

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Referência do estudo: Kallio et al, 2019; Finlândia   |     |     |
| Questões:   | SIM | NÃO |
| <p>1. O estudo está de acordo com o tema investigado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio da dor e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> |     | X   |
| <p>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>   | X   |     |
| <p>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>   | X   |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?  | X   |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?  | X   |     |

| Referência do estudo: Cignacco et al. 2009; Suíça  |     |     |
|--|-----|-----|
| Questões:  | SIM | NÃO |
| 1. O estudo está de acordo com o tema investigado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio da dor e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> |     | X   |
| 2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>   | X   |     |
| 3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>   | X   |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?   | X   |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?   | X   |     |

| Referência do estudo: Ali et al.; 2019; Jordânia  |     |     |
|---|-----|-----|
| Questões:   | SIM | NÃO |
| 1. O estudo está de acordo com o tema investigado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio dador e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> |     | X   |
| 2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>  | X   |     |
| 3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>  | X   |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?  | X   |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?  | X   |     |

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Referência do estudo: Kugelman et al; 2008; Israel   |     |     |
| Questões:  | SIM | NÃO |
| <p>1. O estudo está de acordo com o tema investigado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio dador e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> |     | X   |
| <p>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>  | X   |     |
| <p>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>  | X   |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?   | X   |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?   | X   |     |

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Referência do estudo: Tauzin et al. 2019; França  |     |     |
| Questões:   | SIM | NÃO |
| <p>1. O estudo está de acordo com o tema investigado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio da dor e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> |     | X   |
| <p>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>   | X   |     |
| <p>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>   | X   |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?  | X   |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?  | X   |     |

| Referência do estudo: Antunes e Nascimento (2013)   |     |     |
|---|-----|-----|
| Questões:   | SIM | NÃO |
| <p>1. O estudo está de acordo com o tema investigado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio da dor e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> | X   |     |
| <p>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>   | X   |     |
| <p>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>   | X   |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?  | X   |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?  | X   |     |

| Referência do estudo: Tekgündüz et al. (2019)   |     |     |
|---|-----|-----|
| Questões:   | SIM | NÃO |
| <p>1. O estudo está de acordo com o tema investigado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio da dor e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> | X   |     |
| <p>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>   | X   |     |
| <p>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>   | X   |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?  | X   |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?  | X   |     |

| Referência do estudo: Rodrigues et al. (2017)  |     |     |
|--|-----|-----|
| Questões:  | SIM | NÃO |
| <p>1. O estudo está de acordo com o tema investigado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito: INCLUIR Estudos que usem como intervenção a SNN (dedo ou outras) associado aos cuidados de enfermagem de alívio dador e desconforto</li> <li>• Contexto: Estudos que incluam RNPT internados em UCIN</li> <li>• População: Estudos que incluam RN em VNI.</li> <li>• EXCLUIR Estudos que não incluam os critérios definidos .</li> </ul> | X   |     |
| <p>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 1980 e 2023.</li> </ul>  | X   |     |
| <p>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Português, Inglês, Espanhol</li> </ul>  | X   |     |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text?   | X   |     |
| 5. Estudo envolve seres humanos?   | X   |     |