



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Posicionamento Terapêutico do Recém-nascido Prematuro: utilização da escala IPAT para uniformização das práticas dos enfermeiros

Patrick Nunes Gonçalves

Dezembro 2023



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Posicionamento Terapêutico do Recém-nascido Prematuro: utilização da escala IPAT para uniformização das práticas dos enfermeiros

Patrick Nunes Gonçalves

Dissertação

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

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Aparício Costa

Co-orientação de:

Professora Doutora Maria Regina Ferreira

Dezembro 2023

Resumo

Introdução: O posicionamento dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) durante a hospitalização numa UCIN tem impacto no seu sono, conforto, ventilação e desenvolvimento do sistema músculo-esquelético, entre outros, melhorando as suas respostas adaptativas ao ambiente extrauterino. Neste âmbito, as evidências científicas demonstram que a implementação de protocolos e escalas de posicionamento são ferramentas facilitadoras da uniformização dessa atuação, com impacto na qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Objetivos: Avaliar as práticas dos enfermeiros no posicionamento do RNPT, através da aplicação da escala IPAT-PT; Relacionar a idade, a formação dos enfermeiros e a experiência profissional em Neonatologia com as práticas de posicionamento do RNPT.

Metodologia: Estudo quantitativo do tipo exploratório e descritivo-correlacional. Tipo de amostragem não aleatória por conveniência, constituída por 22 enfermeiros da Neonatologia dos CHUC com pelo menos 2 anos de experiência em UCIN e que previamente realizaram a formação FINE 1, no âmbito dos cuidados centrados no desenvolvimento do RN, que inclui formação sobre o posicionamento. O Instrumento de colheita de dados foi a escala IPAT-PT validada para a população portuguesa por Cruz et al (2023), no qual se incluiu um questionário de caracterização dos RN e dos enfermeiros que aceitaram participar no estudo. Foram realizadas 70 observações de posicionamento dos RNPT, durante o mês de julho de 2023. O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética. O tratamento dos dados foi efetuado com recurso ao programa estatístico SPSS, versão 28.0.0.

Resultados: A amostra era predominantemente do sexo feminino (81%), com idades compreendidas entre os 28 e 60 anos, com média de anos de experiência em Neonatologia de 14,91. A pontuação média obtida por observação do posicionamento pela IPAT-PT foi de 6,83, indicando posicionamento inadequado, sobretudo das zonas superiores do corpo. Não se apurou relação significativa entre as diversas variáveis em estudo.

Conclusão: O estudo permitiu apurar que as práticas de posicionamento não são adequadas e são independentes das variáveis em estudo. Pretende-se que este trabalho dê continuidade a um projeto de melhoria contínua no serviço de Neonatologia, neste âmbito e que contribua, não apenas para a otimização desta prática clínica, mas também para a investigação científica em enfermagem.

Palavras-chave: Posicionamento do Paciente; Recém-nascido; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Escalas

Abstract

Introduction: The positioning of preterm newborns (PTNB) during hospitalization in a NICU has an impact on their sleep, comfort, ventilation and development of the musculoskeletal system, among others, improving their adaptive responses to the extrauterine environment. In this context, scientific evidence demonstrates that the implementation of protocols and positioning scales are tools that facilitate the standardization of this action, with an impact on the quality of Nursing care.

Objectives: To evaluate nurses' practices in positioning PTNBs, through the application of the IPAT-PT scale; To Relate the age, training of nurses and professional experience in Neonatology with the positioning practices of the PTNBs.

Methodology: Quantitative exploratory and descriptive-correlational study. Type of non-random sampling for convenience, consisting of 22 CHUC Neonatology nurses with at least 2 years of experience in the NICU and who previously completed FINE 1 training, within the scope of care focused on the development of the NB, which includes training on positioning . The data collection instrument was the IPAT-PT scale validated for the Portuguese population by Cruz et al (2023), which included a questionnaire characterizing the RNs and nurses who agreed to participate in the study. 70 observations of the positioning of PTNBs were carried out during the month of July 2023. The study was approved from the Ethics Committee. Data analysis was carried out using the SPSS statistical program, version 28.0.0.

Results: The sample was predominantly female (81%), aged between 28 and 60 years, with an average number of years of experience in Neonatology of 14.91. The average score obtained by observing positioning using IPAT-PT was 6.83, indicating inadequate positioning, especially in the upper areas of the body. No significant relationship was found between the various variables under study.

Conclusion: The study allowed us to determine that positioning practices are not appropriate and are independent of the variables under study. It is intended that this work will continue a project of continuous improvement in the Neonatology service, in this context and that it will contribute, not only to the optimization of this clinical practice, but also to scientific research in nursing.

Keywords: Patient Positioning; Newborn; Neonatal Intensive Care Units; Scales

Agradecimentos

Às Professoras Orientadoras Graça Aparício e Regina Ferreira, pelo incansável acompanhamento, incentivo, orientação e amizade partilhada.

Ao Professor João que me ajudou na análise estatística.

A todos os enfermeiros com quem partilhei este percurso, pela disponibilidade e partilha de saberes, pelo exemplo de superação, resiliência e excelência com que exercem a nossa profissão.

À Enfermeira Gestora Maria João Alves, por colaborar na componente prática deste trabalho.

A todos os meus colegas do Serviço Neonatologia A do CHUC, pelo incentivo e cooperação durante todo este percurso, e que possibilitaram na elaboração desta dissertação.

À Rita pela amizade e por ter embarcado comigo neste desafio e por todos os momentos em que não me deixou desistir.

À Liliana pela amizade e por ser uma fonte de inspiração e por continuar a acreditar na Enfermagem.

Às minhas filhas Matilde e Benedita por serem a minha força e serem a minha fonte de resiliência.

À Rita, mãe das minhas filhas, pelo incentivo, coragem e apoio incondicional.

À minha família, e de forma muito especial aos meus pais e irmã, obrigado por acreditarem sempre em mim.

Índice

Introdução	15
1. Enquadramento teórico	17
1.1. Prática de cuidados de enfermagem em Neonatologia	17
1.2. Cuidados Centrados no Desenvolvimento	18
1.1.1. Modelo Universo dos Cuidados Desenvolvimentais	21
1.1.2. Modelo de Cuidados Desenvolvimentais Integrativos Neonatais	22
1.3. Posicionamento terapêutico do recém-nascido	24
2. Metodologia	26
2.2. Métodos	26
2.3. Variáveis	27
2.4. Amostra/Participantes	27
2.3.1 Caracterização da amostra	29
2.5. Instrumento de colheita de dados	30
2.5.1 Escala de avaliação de posicionamento do recém-nascido (IPAT) .	31
2.6. Procedimentos	31
3. Resultados	33
4. Discussão	40
Conclusão	45
Referências Bibliográficas	48
Anexos	51
Anexo 1 – Autorização da comissão de Ética do CHUC	53
Anexo 2 – Grelha de observação e Escala IPAT-PT <i>Infant Postioning Assessment Tool (versão portuguesa)</i>	55
Anexo 3 – Questionário sociodemográfico dos Enfermeiros	57
Anexo 4 – Consentimento Informado	59

Lista de tabela

Tabela 1- Critérios de inclusão e exclusão	29
Tabela 2 - Estatísticas de caracterização da amostra dos Enfermeiros	29
Tabela 3 - Caracterização da amostra	30
Tabela 4 - Formação acadêmica e formação FINE	30
Tabela 5 - Frequências sobre as dificuldades/barreiras para o posicionamento	33
Tabela 6 - Estatísticas dos RNPT	33
Tabela 7 - Frequências do sexo do RNPT e do tipo de parto	34
Tabela 8 – Frequências de swaddling e dos decúbitos praticados	34
Tabela 9 - Frequências de dispositivos presentes nos RNPT	35
Tabela 10 - Frequências do material de suporte ao posicionamento	35
Tabela 11 - Estatística das pontuações IPAT-PT	36
Tabela 12 - Teste de associação entre variável idade e score IPAT-PT	37
Tabela 13 - Teste de Mann-Whitney U para idade dos Enfermeiros e score IPAT-PT	37
Tabela 14 - Teste de associação entre variável experiência profissional e score IPAT-PT	37
Tabela 15 - Teste de Mann-Whitney U para experiência profissional e score IPAT-PT	37
Tabela 16 - Teste de associação entre experiência em neonatologia e IPAT-PT	38
Tabela 17 - Teste Mann-Whitney U para experiência em Neonatologia e IPAT-PT	38
Tabela 18 - Teste de associação entre formação acadêmica e IPAT-PT	38
Tabela 19 - Teste de associação entre formação FINE e IPAT-PT	39
Tabela 20 - Teste Mann-Whitney U para FINE e IPAT-PT	39
Tabela 21 - pontuações IPAT de estudos semelhantes	43

Lista de figuras

Figura 1 - Modelo universo de cuidados de desenvolvimento - UCD.....	21
Figura 2 Modelo de Cuidados Desenvolvimentais Neonatais integrativos.....	23

Lista de abreviaturas e siglas

CCD – Cuidados Centrados no Desenvolvimento

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CN – Cânulas nasais

CVP – Cateter Venoso Periférico

CVU – Cateter Venoso Umbilical

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EFCNI – Fundação Europeia de Cuidados ao Recém-nascido

EPC – Cateter Epicutaneo-cava

ESCNH – Padrões Europeus de Cuidados para a Saúde Neonatal

IPAT – Infant Positioning Assessment Tool

IPAT-PT – Infant Positioning Assessment Tool, versão portuguesa

RN – Recém-nascido

RNP – Recém-nascido prematuro

RNPT – Recém-Nascido Pré-termo

SNC – Sistema Nervoso Central

SNG – Sonda Nasogástrica

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UCD – Universo de Cuidados de desenvolvimento

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Introdução

A transição precoce e abrupta do recém-nascido pré-termo (RNPT) para a vida extrauterina constitui um momento de desorganização, uma vez que o ambiente intrauterino era o local ideal para o crescimento e desenvolvimento do feto, caracterizado por limites e barreiras suaves e seguras, que permitem o movimento fetal ativo, exposição limitada à luminosidade e ruído, desenvolvimento normal do ciclo do sono e acesso direto e permanente à mãe (Altimier & Phillips, 2013), promovendo o neurodesenvolvimento e a autorregulação. Além disso, o ambiente aquático e limitado, facilita o posicionamento ideal, mantendo o RN numa posição de flexão, contenção, alinhamento corporal adequado e orientação à linha média (Waitzman, 2007, citados em Cruz, 2018).

Após um nascimento prematuro, os Cuidados centrados no Recém-nascido e sua família são a base para a prática de Enfermagem em Neonatologia e são fundamentais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Als (1986) foi a grande impulsionadora deste modelo de cuidados, explicando e defendendo que cada RN é dividido em subsistemas comportamentais. Posteriormente Mary Coughlin e colaboradores desenvolveram cinco áreas centrais de cuidados transversais, independentes da patologia do RN, como a proteção do sono, a avaliação e gestão da dor e do stress, o suporte ao desenvolvimento das atividades de vida diárias, o cuidado centrado na família e o ambiente de cura/reparador. Mais tarde Altimier e Philips (2013) vieram complementar este modelo de cuidados, desenvolvendo o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal que é baseado em sete medidas nucleares neuroprotetoras: ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; minimização do stress e da dor; proteção da pele; proteção do sono, e otimização da nutrição.

O Posicionamento terapêutico é uma das sete medidas centrais deste modelo de cuidados, e talvez aquele onde se tem verificado mais inconsistência e falta de uniformidade relativamente à sua prática nas UCIN's, existindo uma grande preocupação sobre este cuidado autónomo de enfermagem, que gera muitas questões e dúvidas na equipa.

É neste enquadramento que surge a necessidade de investigar esta problemática, procurando-se um maior entendimento acerca do posicionamento terapêutico do RNP e as mais-valias da utilização de um instrumento padronizado para uniformização das práticas, de forma a contribuir para o desenvolvimento de novas perspetivas no cuidar do RNPT internado numa UCIN.

Neste contexto, foi desenvolvido este estudo de investigação, integrado num projeto de melhoria continua do serviço.

As questões de investigação que serviram de base à investigação foram:

Quais serão as práticas de posicionamento do RNPT no serviço de Neonatologia do CHUC?

As práticas de posicionamento do RNPT têm relação com a idade, a formação em CDD (FINE) e a experiência profissional em Neonatologia dos Enfermeiros?

Para responder às questões de investigação foram definidos os seguintes objetivos: Avaliar as práticas dos enfermeiros no posicionamento do RNPT, através da aplicação da escala IPAT-PT; Relacionar a idade, a formação dos enfermeiros e a experiência profissional em Neonatologia com as práticas de posicionamento do RNPT.

Neste sentido, foi concebido um estudo quantitativo, do tipo exploratório, descritivo e correlacional que foi aprovado pela Comissão de Ética dos CHUC em salvaguarda dos procedimentos formais e éticos. A amostra, não probabilística por conveniência, foi constituída por 22 enfermeiros em funções no serviço de Neonatologia do CHUC, que aceitaram participar no estudo, respondendo a um questionário de autopreenchimento sobre dados socioprofissionais. A avaliação do posicionamento dos RNPT foi efetuada com recurso à escala *Infant Position Assessment Tool* (IPAT)-PT, versão validada para a população portuguesa por Cruz (2018), da original IPAT de Coughlin, Lohman e Gibbins (2010).

A análise estatística dos resultados foi efetuada com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 28.0.0.0 (SPSS).

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes. Na primeira, é realizado o enquadramento teórico partindo do foco dos cuidados centrados no desenvolvimento e do posicionamento terapêutico do RNP.

A segunda, que comporta o estudo empírico, inclui a metodologia utilizada, a apresentação e discussão dos resultados, terminando com a conclusão onde se integram as limitações e implicações para a prática e investigação.

1. Enquadramento teórico

Ao longo dos anos, os enfermeiros foram melhorando a sua formação e foram também investindo na investigação permitindo desta forma, desenvolver um corpo de conhecimentos próprio, que suporta e dá sentido à crescente necessidade de evolução de conhecimento científico e da sua aplicação na prática diária dos cuidados prestados.

1.1. Prática de cuidados de enfermagem em Neonatologia

Os enfermeiros têm ao longo dos anos evidenciado uma crescente preocupação na qualidade dos cuidados de enfermagem neonatais que prestam e suas consequências na qualidade de vida do bebé, efetuando esforços para incorporar a evidência científica na otimização da sua intervenção aos recém-nascidos pré-termo e respetiva família (Freitas & Barbieri de Figueiredo, 2012).

O posicionamento do RN é uma prática de cuidados na UCIN que preocupa os enfermeiros. Estes têm consciência de que o posicionamento é um elemento influente no crescimento e desenvolvimento do RN, e uma área autónoma da sua esfera de cuidados, contudo verifica-se, uma inconsistência das práticas na UCIN (Gibbins et al., 2010; Jeanson, 2013; Masri et al., 2018; Zarem et al., 2013). Apesar da sensibilidade para esta temática e de já existir investigação internacional e escalas desenvolvidas ou em desenvolvimento, ainda estamos perante uma prática não uniformizada ou padronizada em Portugal, o que afeta inevitavelmente a qualidade dos cuidados de enfermagem neonatais.

Foi demonstrado que a aplicação de cuidados de apoio ao desenvolvimento melhora os resultados do neurodesenvolvimento e reduz os custos hospitalares (Coughlin et al., 2010).

Vários estudos têm demonstrado que a formação em cuidados desenvolvimentais da equipa multidisciplinar têm incrementado os conhecimentos e uniformizado e melhorado práticas dirigidas ao posicionamento, principalmente quando executadas com o suporte de uma escala que avalia de forma mais objetiva a sua aplicação (Charafeddine et al., 2018; Masri et al., 2018; Upadhyay et al., 2021).

Uma *scoping review* realizada em 2022 veio confirmar que a utilização da escala IPAT aliada a formação dos enfermeiros seria uma ferramenta para a uniformização das práticas de posicionamento nas UCIN (Gonçalves & Aparício, 2022).

Panhoni et al. (2019) concluiu no estudo realizado para avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o posicionamento dos RNP nas unidades de cuidados intensivos neonatais, que os profissionais de saúde apresentavam 83% de conhecimento quanto às questões relacionadas ao posicionamento do recém-nascido

premature, no entanto, existiam lacunas teórico-práticas que se podiam repercutir em cuidados inadequados, aos RNPT internados nos Cuidados Intensivos Neonatais.

Assim, as evidências têm vindo a suportar a necessidade de recomendações para o suporte postural do RNPT, reconhecendo que a sistematização dos posicionamentos adequados ao desenvolvimento do RNP aumenta a consistência e a confiabilidade da prestação de práticas de suporte postural (Altimier & Phillips, 2016; Coughlin, 2014), melhorando desta forma, a qualidade dos cuidados de Enfermagem. Painter et al. (2019) demonstraram através de um estudo quase-experimental que formação anual ou com maior frequência sobre posicionamento, afetava de forma positiva as práticas de posicionamento dos RNPT e que aperfeiçoavam os conhecimentos dos enfermeiros.

A Fundação Europeia de Cuidados ao Recém-nascido (EFCNI) elaborou um conjunto de Padrões Europeus de Cuidados para a Saúde Neonatal (ESCNH) que visam abordar as disparidades na prestação e qualidade dos cuidados existentes na Europa, através de um conjunto abrangente de padrões de referência, onde contemplam os tópicos mais importantes associados ao parto prematuro e morbidade neonatal. Os ESCNH pretendem ser utilizados como fonte para o desenvolvimento nacional das respetivas diretrizes, protocolos, diretivas ou leis vinculativas e implementadas (dependendo da situação nacional e local). Dentro dos onze tópicos elaborados, um deles abordam os cuidados diários, em que um dos cuidados focados é o posicionamento terapêutico. Reforçam a importância de um guia/ diretriz/ protocolo de posicionamento que seja conhecida por todos os profissionais de saúde e sobre a importância do treino de posicionamento com material adequado de todos os profissionais responsáveis por este cuidado.

1.2 Cuidados Centrados no Desenvolvimento

Na atualidade, na maioria das unidades neonatais, o foco de cuidados de enfermagem científicos assenta na sua humanização e individualização. A natureza dos cuidados neonatais tem evoluído ao longo dos tempos, justificada por sólidos argumentos neurofisiológicos do desenvolvimento, sem que seja, contudo, justo considerá-los como definitivos pois o campo das investigações neste domínio está em constante evolução (Freitas & Barbieri de Figueiredo, 2012).

Com a evolução técnica e científica na área da saúde, têm aumentado as hipóteses de sobrevivência de Recém-nascidos RN no limiar da viabilidade (Altimier & Phillips, 2013). Apesar destes avanços tecnológicos, o Recém-nascido prematuro encontra-se invariavelmente vulnerável e suscetível aos riscos inerentes à sua

prematuridade, entre os quais se podem enumerar as possíveis sequelas a nível músculo-esquelético, neuro-comportamental ou postural (Altimier & Phillips, 2013; Spilker et al., 2016), pelo que se torna primordial apoiar o seu crescimento e desenvolvimento, nomeadamente diminuindo os efeitos adversos do ambiente da UCIN (Altimier & Phillips, 2013).

O intenso desenvolvimento cerebral do RN acontece no meio intrauterino, um meio que beneficia da proteção materna contra as perturbações do ambiente, com um aporte contínuo de nutrientes, uma temperatura estável e ritmos biológicos regulares (Ferraz, 2017). Após o nascimento de um RNP, há uma mudança de um ambiente aquático intrauterino para um ambiente aéreo de uma unidade de cuidados neonatais, onde se presencia uma alteração da ordem natural dos estímulos e desenvolvimento e maturação sensorial, com as consequentes dificuldades no processamento dos diferentes estímulos exteriores (táteis e vestibulares, olfativos, gustativos, auditivos e visuais), situação essa que pode levar a uma sobrecarga sensorial prejudicial para o desenvolvimento do seu SNC (Als, 2015; Gomes-Pedro et al., 2005 in Ferraz, 2017).

De forma a controlar a sobrecarga sensorial e suas consequências, a neurociência tem dado um enorme contributo através do modelo de cuidados desenvolvimentais, trazendo à evidência resultados estimulantes da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nas unidades neonatais (Andrade & Andrade, 2015). Diversos estudos empíricos têm demonstrado uma perspetiva evolutiva e dinâmica do desenvolvimento da criança, sendo por este motivo importante os conhecimentos relativos à sinaptogénese, ontogenia sensorial e influência do ambiente no neurodesenvolvimento na primeira fase da vida (*idem*). Os Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) baseiam-se no princípio de que a interação do RN com o meio envolvente constitui uma experiência sensorial, que pode ter consequências positivas ou negativas para o desenvolvimento do seu SNC.

O avanço tecnológico associado ao desenvolvimento da medicina na área dos cuidados neonatais tem contribuído para a redução da mortalidade infantil e em especial na mortalidade dos RN gravemente doentes e dos prematuros. Todavia, a UCIN ainda continua a ser um espaço de cuidados, onde a falta de investimento no desenvolvimento técnico-científico atrás referido, pode traduzir-se num potencial efeito devastador na criança e na sua vida futura, devido à exposição frequente a fatores contributivos para a morbimortalidade (Coughlin, 2014).

Não descurando a filosofia dos Cuidados Centrados na Família, da Parceria de Cuidados, dos Cuidados Não Traumáticos, os CCD surgem como filosofia norteadora de todo o percurso formativo, com especial foco na prática clínica (Monteiro, 2019). Para

além das necessidades biológicas e fisiológicas, tais como a nutrição, termorregulação, hidratação e prevenção da dor, a abordagem desenvolvimental acrescenta a estas necessidades, as de índole psicoemocional, como sendo fundamentais para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento do RN (Constante, 2017; Coughlin, 2016).

Os CCD têm demonstrado efeitos positivos no crescimento e desenvolvimento do RN, nomeadamente na diminuição do tempo de alimentação parentérica e início da alimentação oral, diminuição do tempo de internamento, na melhoria do aumento ponderal e das medidas antropométricas, melhorias ao nível da regulação do sono, da autorregulação e do stress familiar (Cruz, 2018).

Os modelos de CCD implicam uma visão holística do RN, família e ambiente, ressaltando que é no equilíbrio das variáveis implicadas que se promove a estabilidade e a redução de sintomas de stress, potenciando os comportamentos de autorregulação e organização do RNP (Monteiro, 2019).

A teoria de Heidlise Als - a teoria de organização sinativa do desenvolvimento, veio explicar que o RN é concebido num sistema dinâmico de sucessiva diferenciação de vários subsistemas nomeadamente o autonómico, motor, estado e atenção/interação (Als, 1986). Segundo a autora, quando o RN é submetido a uma constante sobrecarga sensorial, apresenta dificuldades na gestão energética de forma a atingir a regulação em todos os seus subsistemas (Als, 2015), demonstrando sinais de exaustão e stress. A dinâmica entre a qualidade da interação do RN com o cuidador e o ambiente em que está inserido, influencia o desenvolvimento da capacidade de adaptação, refletindo a maturidade do SNC e a organização comportamental emergente (Als, 2015). Segundo esta teoria, os CCD são cuidados que pretendem minimizar os estímulos nocivos e promover a estimulação individualizada, baseando-se nas respostas fisiológicas e comportamentais de cada RN (Als, 1986; Coughlin, 2016; D'Agata et al., 2018) Para facilitar a implementação destes cuidados centrados no desenvolvimento, foram criados programas de avaliação do RN, nomeadamente o *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), programa criado pela mesma autora da teoria de organização sinativa do desenvolvimento. Preconiza-se, com este programa, a proteção do RN de estímulos desadequados, hiperestimulação e procedimentos desnecessários, e a garantia da prestação de cuidados de qualidade por profissionais que conheçam intimamente o RN. Envolve, entre outras intervenções, a redução da luminosidade, ruído e manipulações, visando promover períodos de descanso para o RN, de forma a diminuir os elevados níveis de stress ambiental. Os elementos-chave do NIDCAP são: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência nos cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados nas 24 horas;

posicionamento adequado; oportunidade para contacto pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família (Cruz, 2018).

Entretanto foram surgindo outros modelos de CCD, e serão abordados dois deles, por serem os mais recentes e apresentarem grande evidencia científica

1.1.1. Modelo Universo dos Cuidados Desenvolvimentais

O modelo Universo dos Cuidados Desenvolvimentais (*Universe of Developmental Care*, UDC) desenvolvido por Sharyn Gibbins, Mary Coughlin, and Steven B. Hoath em 2008 foi baseado na Teoria Sinativa do Desenvolvimento e veio sustentar um novo enquadramento das práticas de CCD baseadas em evidências, adequadas à idade do RNP (Gibbins et al., 2010). Este modelo retrata um ambiente de cuidados centrado no RN, como se mostra na figura 1.

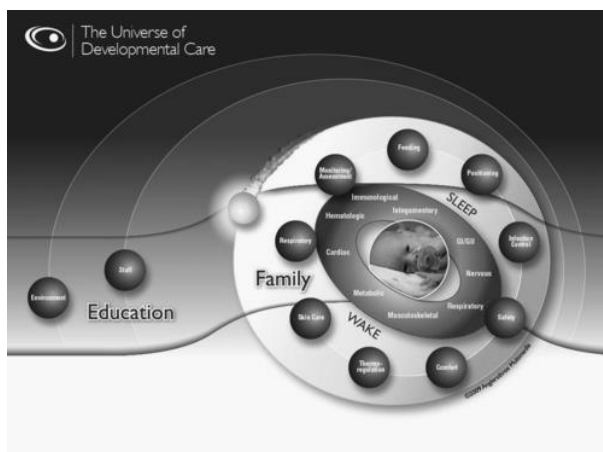


Figura 1 - Modelo universo de cuidados de desenvolvimento - UCD

O RN, surge como um elemento dinâmico, constituído por sistemas fisiológicos internos e por uma superfície de cuidados externos, a pele, que, enquanto superfície partilhada, é o acesso principal aos sistemas corporais internos, sendo o elo de ligação entre o RN e o ambiente (Als, 1986; Coughlin, 2014; Gibbins et al., 2008). A pele assume, assim, o foco das interações humanas (Coughlin, 2014; Gibbins et

al., 2008).

O modelo de UCD assume uma representação gráfica semelhante à do sistema solar, retratando um ambiente de cuidados centrados no RN, colocando-o como foco central. À rodar o RN estão diversos planetas, representativos das várias necessidades de vida do RN, sendo que o acesso a estes sistemas corporais internos ocorre em toda a superfície de cuidados compartilhados (Gibbins et al., 2008). A família é colocada tão próxima quanto possível do bebé de forma intencional, ao passo que a envolver a família /RN surgem os profissionais de saúde, criando uma relação baseada na teoria de parceria e cuidados centrados na família (Gibbins et al., 2008). A órbita externa relaciona-se com as anteriores e é representativa do ambiente terapêutico, composto por ambiente humano, organizacional e físico (Gibbins et al., 2008).

Os autores deste modelo de cuidados estabeleceram cinco conjuntos de “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: inclui o ambiente físico, humano e organizacional, que influencia a qualidade e consistência dos cuidados;

2. Prevenção, avaliação e gestão da dor e stress: a investigação sobre a dor neonatal sugere que a vulnerabilidade para a dor e stress no RNP tem implicações aos níveis físico, psicológico e comportamental;

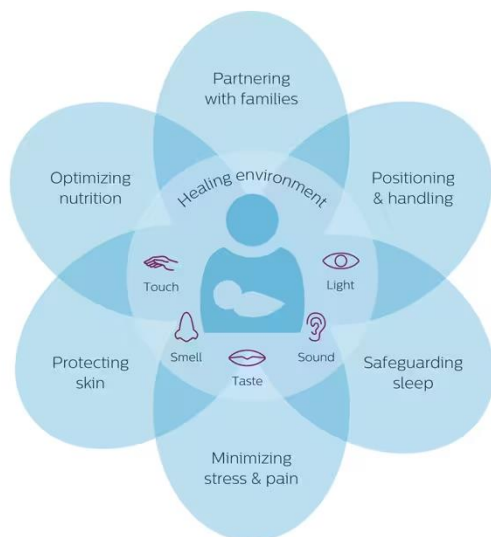
3. Proteção do sono: o sono desempenha um papel crítico no desenvolvimento sináptico, aprendizagem e memória;

4. Atividades de vida diária adequadas à idade (incluem as atividades que suportam o posicionamento, as atividades orientadas para a alimentação do RN e os cuidados à pele): estas afetam variáveis fisiológicas, o sono, a mobilidade funcional das articulações, o processamento sensorial e o neurodesenvolvimento do RNP;

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

1.1.2. Modelo de Cuidados Desenvolvimentais Integrativos Neonatais

O Modelo de Cuidados Desenvolvimentais Integrativos Neonatais (*Neonatal Integrative Developmental Care Model*) foi desenvolvido em 2013 por Leslie Altimier e Raylene M Phillips com o objetivo de simplificar aspetos do UCD e incorporar conceitos essenciais das Medidas Básicas de Cuidado do Desenvolvimento Neonatal. Este modelo é apresentado por uma flor de lótus (figura 2), na qual cada pétala representa as medidas centrais deste modelo de cuidados. As pétalas encontram-se sobrepostas para demonstrar a natureza integrativa dos cuidados desenvolvimentais (Altimier & Phillips, 2013). As medidas centrais de Gibbins et al. (2008) foram recategorizadas, de forma a facilitar as equipas das UCINs, a orientação para a prática dos cuidados. Essa expansão permitiu um foco adicional ao posicionamento e manuseamento adequado ao desenvolvimento, otimização da nutrição e da alimentação e proteção da pele, áreas que são fundamentais para promover CCD.



© Koninklijke Philips NV, 2015. All rights reserved.

Figura 2 Modelo de Cuidados Desenvolvimentais Neonatais integrativos

As medidas centrais de neuroprotecção são as seguintes:

1. Ambiente terapêutico: abrange o ambiente físico da UCIN e suas características, a privacidade e segurança e o ambiente sensorial de temperatura e tato, propriocepção, olfato, paladar, som e luz e ambiente químico que inclui a exposições nutricionais e tóxicas

2. Parceria com a família: visa tornar a UCIN confortável e acolhedora para a família, ensinar sobre os comportamentos dos RNP, promover

a vinculação que foi quebrada com o internamento do RNP e promover a escuta ativa.

3. Posicionamento e contenção: pilar fundamental e que influencia não apenas o desenvolvimento neuromotor e musculoesquelético, mas também as funções fisiológicas, a integridade da pele, regulação térmica, densidade óssea, facilita o sono e promove o desenvolvimento do cérebro

4. Proteção do sono: tanto o ciclo de sono REM como o NREM são essenciais para o desenvolvimento neurossensorial precoce, aprendizagem e memória, e preservação de plasticidade cerebral para a vida do indivíduo.

5. Minimização do stress e dor: logo a seguir ao nascimento, o bebê prematuro é submetido a sons nocivos, luzes fortes e uma infinidade de procedimentos dolorosos, juntamente com a manipulação repetitiva e a separação da mãe. Até os cuidados aparentemente típicos da UCIN e aparentemente inofensivos, como o banho, pesagem e troca de fraldas, são percebidos como stresse para o RNPT. Essa experiência sensorial alterada é inerentemente stressante e tem efeitos negativos no desenvolvimento do cérebro do RNPT.

6. Proteção da pele: as estruturas cutâneas do RNPT encontram-se ainda imaturas e muito diferentes da pele de RN a termo. Os cuidados com a pele, tal como as práticas de banho, o uso de emolientes, práticas de humidade e uso de adesivos devem ser protocolizadas nas unidades neonatais.

7. Otimização da nutrição: a amamentação é a forma ideal de alimentação infantil e deve ser promovida e apoiada para garantir uma nutrição ideal para os RNPT (Altimier & Phillips, 2016, 2013).

Para cada medida central estes autores elaboraram um protocolo ou *guideline* que orienta os cuidados ao RN/família com o objetivo de serem cumpridas determinadas metas. As aplicações clínicas incluem intervenções neuroprotetoras que definem e especificam as ações necessárias para cumprir as metas de cada medida.(Altimier & Phillips, 2016).

O conhecimento sobre os Cuidados Desenvolvimentais tem crescido ao longo dos anos, passando de uma teoria para uma prática de cuidados com base nas evidências científicas (Jeanson, 2013). Por esse motivo, as UCINS foram sofrendo alterações, tanto a nível de intervenções que vão desde a alimentação ao sono do RNP, como também alterações do design das unidades para permitir o maior conforto para o RN e família (Coughlin et al, 2010; Jeanson, 2013; Charafeddine et al., 2018).

1.3 Posicionamento terapêutico do recém-nascido

O posicionamento nos Recém-nascidos prematuros (RNP) ou gravemente doentes está englobado nos diferentes modelos de cuidados centrados no desenvolvimento.

O modelo de Cuidados Desenvolvimentais Integrativos Neonatais de Altimier e Phillips (2013) aborda o posicionamento e contenção do RNP com uma das sete medidas centrais de neuroprotecção, isto é, estratégias que visam apoiar o desenvolvimento do cérebro, promovendo o desenvolvimento normal e prevenindo incapacidades (NICU Brain Sensitive Care Committee, 2015).

Coughlin et al. (2010) e Altimier & Phillips (2013) referem que a estabilidade postural do recém-nascido é influenciada, não só pela gravidade, mas também pela estimulação neurosensorial, nomeadamente a estimulação vestibular, tátil e propriocetiva. Esse tipo de estimulação é conseguido no contido ambiente intrauterino. Quando nascem prematuramente ou quando estão gravemente doentes, esta estabilidade postural passa a ser influenciada predominantemente pelo efeito da gravidade. A postura espontânea dos recém-nascidos, na UCIN, é geralmente plana, em extensão, assimétrica com a cabeça para um lado, com as extremidades abduzidas e em rotação externa (Altimier & Phillips, 2013). Este tipo de postura pode ter repercussões graves no crescimento e desenvolvimento do RN, tais como abdução do quadril e rotação externa, diminuição da inclinação pélvica posterior, eversão dos tornozelos, ombros retraídos e abduzidos, hiperextensão do pescoço, elevação do ombro e moldagem craniana, podendo estas deformidades, reforçar os atrasos neurológicos e do desenvolvimento, como por exemplo o controlo da cabeça, rebolar, sentar, gatinhar e sentar (Hunter, 2010).

Neste âmbito, define-se posicionamento terapêutico como uma tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando para tal, suporte postural e de movimento, de forma a otimizar o desenvolvimento músculo-esquelético e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas pelo RN de termo considerado saudável (Altimier & Phillips, 2013). Cruz (2018) refere também que “o posicionamento terapêutico é uma das intervenções mais simples para fornecer suporte postural e que tem impacto imediato e duradouro sobre o desenvolvimento do RN.”

O posicionamento é um dos aspetos mais importantes nos cuidados desenvolvimentais para manter o bebê flexionado, alinhado, contido e confortável, permitindo diminuir os dias de ventilação, encurtar o tempo de internamento hospitalar, promover a autorregulação e o sono e reduzir as respostas à dor e ao stress (Vaivre-Douret et al., 2004).

Tal como (Panhoni et al., 2019) referem “uma das primeiras intervenções do neurodesenvolvimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é o posicionamento terapêutico”, é por isso de extrema importância que exista mais preocupação nesta área e que seja um dos focos na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados na UCIN.

O posicionamento terapêutico em recém-nascidos também demonstrou ter uma série de benefícios físicos, sociais e psicológicos que vão além do período neonatal. Tais como na promoção do neurodesenvolvimento, na melhoria do desenvolvimento musculoesquelético, no fortalecimento motor, na estabilidade fisiológica e maior número de horas de sono, permitindo uma melhor adaptação aos momentos de stress (Diertens & Wielenga, 2018; PHILIPS, 2014).

Durante os cuidados, Coughlin et al. (2010) destacaram a necessidade de o RNPT ser contido e posicionado em flexão, como manobra de proteção com o objetivo de amenizar a atividade motora excessiva.

2. Metodologia

Na fase de planeamento de um estudo, é fundamental delinear o objeto de estudo, a metodologia que será utilizada e os objetivos que se pretendem alcançar, pois só um adequado planeamento permite realizar um estudo de qualidade e assim criar evidências científicas adequadas. Neste capítulo será efetuada uma explicação detalhada dos fundamentos que suportam o tipo de estudo e de todo o processo a desenvolver para dar resposta aos objetivos da investigação.

2.2 Métodos

O posicionamento dos RNPT durante a hospitalização numa UCIN tem impacto no seu sono, conforto, ventilação e desenvolvimento do sistema músculo-esquelético, entre outros, melhorando as suas respostas adaptativas ao ambiente extrauterino. As evidências científicas demonstram que a implementação de protocolos e escalas de posicionamento são ferramentas facilitadoras da uniformização dessa atuação, com impacto na qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Todavia, persiste ainda uma grande variabilidade dessa prática e foi com base nestes pressupostos que se definiu o tipo de estudo, as questões e objetivos a alcançar.

Tipo de estudo

Pretendeu-se realizar um estudo primário, de análise quantitativa, descritivo-correlacional com a finalidade de avaliar o estado da arte no âmbito do posicionamento do RNPT e a possível relação da formação em CCD e da experiência profissional em Neonatologia com as práticas de posicionamento.

Questão de investigação

Os enfermeiros que ambicionam melhorar as suas práticas de cuidados em situações específicas, começam por questionar os cuidados realizados, investindo na melhor evidência científica para melhor entender os fenómenos da saúde, as respostas dos clientes a tais fenómenos e o impacto das mudanças levadas a cabo, fomentando desta forma a valorização da evidência da pesquisa como base para uma tomada de decisão mais fundamentada (Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, 2011; Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, 2015). Tendo por base essas inquietações foram colocadas as seguintes questões de investigação:

- Quais serão as práticas de posicionamento do RNPT no serviço de Neonatologia do CHUC?

- As práticas de posicionamento do RNPT têm relação com a idade, a formação em CDD (FINE) e a experiência profissional em Neonatologia dos Enfermeiros?

Objetivos do estudo

Tendo por base as questões colocadas, este estudo tem por objetivo geral descrever as práticas de posicionamento do RNPT no serviço de Neonatologia A do CHUC e relacionar estas mesmas práticas com a formação em CDD e a experiência profissional. Desta forma foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar as práticas dos enfermeiros no posicionamento do RNPT, através da pontuação da escala IPAT-PT
- Relacionar a idade, a formação em CDD (FINE) e a experiência profissional dos enfermeiros em Neonatologia com as práticas de posicionamento do RNPT

2.3 Variáveis

- Independentes: Demográficas (idade) Experiência profissional em Neonatologia (variável quantitativa); formação em CDD (FINE) dos enfermeiros (variável nominal)
- Dependente: práticas de posicionamento dos RNPT (variável Quantitativa), avaliada através das observações e pontuação obtida pela aplicação da escala IPAT-PT

2.4 Amostra/Participantes

O serviço de neonatologia A do CHUC, é um serviço de referência da zona centro para os recém-nascidos grandes prematuros. É constituído por duas áreas: 9 postos para incubadoras para prestação de cuidados intensivos e intermédios e 6 postos para berços onde são prestados cuidados de Neonatologia pré-alta. Na área de cuidados intensivos ficam distribuídos 3 enfermeiros nos turnos da tarde e noite e são distribuídos 4 enfermeiros no turno da manhã.

A amostra foi constituída pelos enfermeiros que prestam cuidados diretos na Unidade de Neonatologia, que é composta no total por 33 enfermeiros, dos quais participaram 22 elementos (66,7%), 7 enfermeiros e 15 Enfermeiros especialistas que cumpriam com os critérios de inclusão no estudo. Destes 22 elementos, 8 enfermeiros

realizaram a formação no âmbito dos cuidados centrados no desenvolvimento do RN, que inclui formação sobre o posicionamento do RN.

Para o cálculo do valor mínimo de observações a realizar pelo investigador foi tido em conta o número de vezes que um enfermeiro posiciona um RNPT ao longo do seu turno, que são cerca de duas a três vezes, multiplicado pelo número de elementos em funções no serviço de Neonatologia do CHUC. Desta forma foram definidas um mínimo de 70 observações.

As observações foram realizadas durante o período laboral do investigador (turnos realizados) e por isso foi dependendo da disponibilidade do mesmo. Cada observação foi realizada após os cuidados, com o limite máximo de 5 minutos para evitar interferência com a prática realizada e para que não ocorresse qualquer alteração do posicionamento do RN (movimentação), não relacionada com a prática do enfermeiro que cuidou.

Desta forma, considera-se que o método de amostragem foi não aleatório, por conveniência.

Critérios de inclusão e exclusão

Os Critérios de inclusão definidos foram:

- Desempenhar funções enquanto enfermeiro na UCIN do CHUC há pelo menos 2 anos
- Aceitar participar no estudo através da assinatura do Consentimento informado;
- Realizar posicionamento de RNPT de acordo com as práticas do serviço e situação do bebé em incubadora.

Os Critérios de exclusão definidos foram: ter menos de 2 anos de experiência em Neonatologia; Não aceitar participar; realizar posicionamento de RNPT em berço e de RN termo.

Tabela 1- Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
• Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> Desempenhar funções enquanto enfermeiro na UCIN do CHUC pelo menos há 2 anos aceitar participar no estudo 	<ul style="list-style-type: none"> Ter menos de 2 anos de experiência em Neonatologia Não aceitar participar
• Recém-nascidos	<ul style="list-style-type: none"> Ter nascido com menos de 37 semanas RNPT estar em incubadora 	<ul style="list-style-type: none"> Ter nascido a termo; RNPT estar em berço.

2.3.1 Caracterização da amostra

Tal como referido, aceitaram participar no estudo 22 enfermeiros, isto é 66,7% da equipa para responder ao questionário e que cumpriam os critérios de inclusão. Os elementos não incluídos, eram elementos com ausência de longa duração ou elementos com menos de 2 anos de experiência em Neonatologia (critério de exclusão).

Pela análise da tabela 2 constatou-se que os enfermeiros tinham uma média de idade de 43,73 anos (Dp= 8,316), variando entre os 28 e os 56 anos, com um coeficiente de variação (CV) de 19,02%, indicando uma dispersão moderada em torno da média numa distribuição assimétrica negativa (Sk/erro= -0.153).

Relativamente aos anos de experiência profissional, verificou-se uma média de 21 anos (Dp= 8,006), numa dispersão elevada (CV= 38,12%), oscilando entre um mínimo de 7 e máximo de 33 anos. No que respeita aos anos de experiência em Neonatologia apurou-se uma média de 14,91 anos (Dp= 9,656), variando entre 2 e 31 anos, numa dispersão elevada (CV= 64,76%).

Tabela 2 - Estatísticas de caracterização da amostra dos Enfermeiros

Variáveis	Min	Max	Média	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Idade	28	56	43,73	8,316	19,02	- 0.153	-0.867
Anos experiência	7	33	21,00	8,006	38,12	-0,002	-1,175
Anos experiência Neo	2	31	14,91	9,656	64,76	1.142	-1,134

Da amostra dos enfermeiros 59,1% (13) apresentavam idade inferior ou igual a 43 anos, enquanto 9 (40,9%) apresentam mais de 43 anos, sendo na sua maioria (72,7%) licenciados em enfermagem, enquanto 27,3% tinham o grau de mestre. Relativamente à experiência profissional, 40,9% tinham mais de 20 anos de experiência profissional e 45,5% mais de 11 anos de experiência em Neonatologia (cf tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da amostra

Idade Enfermeiros	N	%
<= 43 anos	13	59,1
> 43 anos	9	40,9
Formação académica	N	%
Licenciatura	16	72,7
mestrado	6	27,3
Experiência profissional	N	%
<= 20 anos	13	59,1
> 20 anos	9	40,9
Experiência Neonatologia	N	%
<= 11 anos	12	54,5
> 11 anos	10	45,5

Especificando a formação académica, podemos observar na tabela 4 que 31,8% (7 elementos) são Licenciados em Enfermagem, 9 (40,9%) detêm o grau de especialista (Pós-Licenciatura) e 27,3% referem ter o grau académico de Mestre (6 elementos).

Relativamente à formação em Cuidados Centrados no Desenvolvimento, mais concretamente no programa FINE, apenas 8 elementos da amostra a realizaram (36,4%) pelo que 14 elementos da amostra ainda não realizaram essa formação (63,6%) (cf. tabela 4).

Tabela 4 - Formação académica e formação FINE

Variáveis	n	%
Formação Académica		
Licenciatura	7	31,8
Pós-Licenciatura	9	40,9
Mestrado	6	27,3
Formação FINE		
Não	14	63,6
Sim	8	36,4

2.5 Instrumento de colheita de dados

Para a recolha de dados foi preenchido, pelos enfermeiros que reuniam os critérios de inclusão, o Questionário composto por uma parte de caracterização sociodemográfica e profissional e que englobava uma questão sobre barreiras para a prática do posicionamento do RNPT e pelo investigador ao longo das 70 observações realizadas, a escala IPAT-PT (Cruz et al., 2023) – Infant Positioning Assessment Tool – versão portuguesa, (Anexo 2), na qual se incluiu dados de caracterização clínica mais pormenorizada dos RNPT.

2.5.1 Escala de avaliação de posicionamento do recém-nascido (IPAT)

As ferramentas científicas são umas mais-valia para o suporte e uniformização de cuidados, pelo que são fundamentais para a melhoria dos cuidados. A IPAT surge nessa sequência de pretensão em melhorar os cuidados prestados ao RNP. Foi elaborada em 2010 pelos investigadores Coughlin, Lohman e Gibbins em colaboração com a *Children's Medical Ventures* (parte da *Philips Corporation*, que detém os direitos de autor da escala e é responsável pela produção e comercialização de equipamentos de posicionamento patenteados). Foi concebida tendo por base objetivos educacionais, de avaliação e de uniformização de procedimentos.

A escolha deste instrumento justificou-se, pois foram demonstradas a sua validade de conteúdo e a sua fiabilidade e foram também encontrados na evidência científica estudos acerca da mesma.

Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Cruz et al. (2023), passando a ser denominado de IPAT-PT. Neste processo de adaptação e validação, o item pescoço demonstrou, através da realização do teste de Spearman, não existir correlação com os restantes 5 itens da escala. Desta forma, este item foi retirado da escala original IPAT (Coughlin et al, 2010) e foi adaptada para a população portuguesa apenas com os 5 itens restantes. Este instrumento permite, através da interpretação de imagens, avaliar o posicionamento do RN em cinco áreas corporais: 1) cabeça, 2) ombros, 3) mãos, 4) ancas e 5) joelhos /tornozelos /pés. Cada imagem é pontuada com uma escala ordinal com três pontos (pontuação 0 – posicionamento inaceitável/inadequado, pontuação 1 – alternativas aceitáveis ao posicionamento e pontuação 2 – posicionamento apropriado), num total cumulativo, considerando-se posicionamento ideal entre oito e dez pontos (inclui o posicionamento aceitável na medida em que a assimetria do posicionamento pode ocorrer pela presença de dispositivos médicos (Cruz et al., 2023).

Para complementar foram acrescentados outros dados para observação, nomeadamente:

- Dispositivos que o RNP tem e sua respetiva localização,
- Posicionamento em *swaddling* ou não.
- Decúbito do RNP.

2.6 Procedimentos

O planeamento deste trabalho de investigação foi efetuado em diversas etapas. Visto ser um trabalho que envolveu Enfermeiros e Recém-nascidos foi necessário

solicitar o parecer da comissão de ética do CHUC para a colheita de dados necessários. Esta solicitação foi realizada através do preenchimento de formulários tipo do CHUC que ficam anexados a este trabalho. Após autorização da Comissão de ética (nº 034/CES), foi partilhada com a equipa de Enfermagem a informação deste estudo e solicitada a participação dos mesmos.

De 22 a 26 de junho foram entregues os consentimentos informados e solicitado o preenchimento dos respetivos questionários socioprofissionais à equipa de Enfermagem do serviço de Neonatologia A do CHUC.

Foi decidido realizar uma interrupção de 2 semanas entre a entrega dos consentimentos informados e o início das observações a fim de promover o fator surpresa das observações e evitar a influência da avaliação do posicionamento durante as práticas de rotina da equipa.

As observações das práticas de posicionamento decorreram entre os dias 5 e 29 de julho de 2023. Foram sempre realizadas durante o tempo de trabalho do investigador e de acordo com a disponibilidade do mesmo.

As observações e avaliação do posicionamento dos RNPT foram efetuadas utilizando como base a grelha de avaliação IPAT-PT.

Para evitar o efeito HALO, foi tido em conta cada parâmetro da escala IPAT-PT e comparado cada característica descrita na escala com o que foi observado, para se poder obter a pontuação mais realista. Não foi feito qualquer julgamento/feedback sobre a prática de posicionamento individualizada, limitando apenas a avaliar o posicionamento de acordo com a pontuação calculada. Procurou-se realizar pelo menos uma observação de posicionamento dos RN dos 22 elementos da amostra que aceitaram participar, tendo sido uma dificuldade conseguir realizar mais do que uma observação de alguns enfermeiros, pela incompatibilidade dos turnos do investigador e desses elementos.

Cada observação foi feita no máximo 5 minutos após a prestação dos cuidados, para evitar a alteração do posicionamento provocada pela própria mobilidade do RN e não pela prática do enfermeiro. Todas as observações realizadas foram sem o conhecimento prévio do enfermeiro que estava a prestar os cuidados, para evitar desvios de resultados e também não foram feitas recomendações sobre a prática de posicionamento efetuada, a nenhum dos elementos, durante ou após as observações, para evitar enviesar as práticas posteriores.

3. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise descritiva dos dados e da relação entre as variáveis em estudo (análise inferencial), de forma a dar resposta às questões formuladas.

Análise Descritiva

Do questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros, constava uma questão sobre as principais barreiras para a prática adequada de posicionamento do RNPT. Apurou-se, pela análise da tabela 5, que, dos que afirmavam a existência de barreiras, 63,6% assinalam a presença de dispositivos médicos, a falta de material e a falta de conhecimentos foram assinaladas respetivamente por 22,7% e 18,2%. No item “outros” assinaladas por cinco respostas afirmativas (22,7%), como a falta de formação na equipa e a falta de uniformização das práticas.

Tabela 5 - Frequências sobre as dificuldades/barreiras para o posicionamento

Dificuldades/barreiras para o posicionamento	Não		Sim	
	Nº	%	Nº	%
Falta material	17	77.3	5	22.7
Falta conhecimentos	18	81.8	4	18.2
Medos/receios	21	95.5	1	4.5
Presença dispositivos médicos	8	36.4	14	63.6
Outros	17	77.3	5	22.7

Relativamente aos dados obtidos por observação do posicionamento e no que respeita à caracterização dos RN, verifica-se, pela análise da tabela 6, que estes nasceram em média com 191,1 dias (cerca de 27 semanas) com desvio padrão de 15,76. Constata-se de que a distribuição é de baixa dispersão (CV=8,25%), variando entre os 173 dias (24 semanas e 5 dias) e 245 dias (35 semanas), numa distribuição não normal (sk/erro 4,365; k/erro 3,16).

No que respeita à idade gestacional corrigida (IG), observa-se que os RNPT tinham uma idade corrigida média de 225,1 dias (Dp=17,11) (cerca 32 semanas e 1 dia) variando entre os 186 dias (26 semanas e 4 dias) e os 269 dias (38 semanas e 3 dias). A dispersão é baixa (CV 7,60%) numa distribuição normal (sk/erro 0.25; k/erro 0.23).

Tabela 6 - Estatísticas dos RNPT

Variáveis	Min	Max	Média	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
IG nascimento	173	245	191.1	15.76	8.25	4.365	3.16
IG corrigida	186	269	225.1	17.11	7.60	0.25	0.23

Na Tabela 7 apresenta-se a frequência do gênero do RNPT, verificando-se que 21,4 % (15) eram do gênero feminino e que 78,6% (55) do gênero masculino. Observa-se também que a maioria dos partos foram distócicos (68,3%) e que 82,9% dos RNPT estavam em posição cefálica antes do parto.

Tabela 7 - Frequências do sexo do RNPT e do tipo de parto

Gênero RNPT	N	%
Feminino	15	21,4
Masculino	55	78,6
Tipo de parto	N	%
Eutócico	22	31,4
Distócico	48	68,6
Posição <i>in útero</i>	N	%
Cefálica	58	82,9
Pélvica	12	17,1

Constata-se, pela análise da tabela 8 que a técnica de *swaddling* foi utilizada em 22,9% dos posicionamentos observados. O decúbito mais praticado foi o decúbito lateral direito, com 31 observações (44,3%), seguido do decúbito ventral, com 21 observações (30%), enquanto o decúbito dorsal foi o menos observado (10%).

Tabela 8 – Frequências de *swaddling* e dos decúbitos praticados

Swaddling	n	%
Não	54	77,1
Sim	16	22,9
Decúbito RNPT	n	%
decúbito lateral direito	31	44,3
decúbito lateral esquerdo	11	15,7
decúbito dorsal	7	10,0
decúbito ventral	21	30,0

Na tabela 9 apresenta-se a presença de dispositivos médicos, constatando-se que 50 RNPT necessitavam de um apoio ventilatório, destes 40 (57,1%), necessitavam de CPAP nasal e 14,3% (10) ventilação invasiva. Relativamente aos acessos venosos, verifica-se que 15 RNPT apresentavam um Cateter Venoso Umbilical (CVU) (21,4%), 8 RNPT um EPC (11,4%) e 20 RNPT apresentavam um CVP (28,6%). Dos RNPT observados 97,7% apresentavam SNG e 8 necessitavam de outro tipo de dispositivos, nomeadamente 4 encontravam-se sob fototerapia e outros 4 com oxigenoterapia por Cateter Nasal.

Tabela 9 - Frequências de dispositivos presentes nos RNPT

Dispositivos	não		sim	
	n	%	n	%
Tubo Endotraqueal	60	85,7	10	14,3
CPAP nasal	30	42,9	40	57,1
Dreno torácico	69	98,6	1	1,4
Cateter venoso umbilical (CVU)	55	78,6	15	21,4
Cateter Epicutâneo-cava EPC)	62	88,6	8	11,4
Cateter Venoso Periférico (CVP)	50	71,4	20	28,6
Sonda Nasogastrica (SNG)	2	2,9	68	97,1
Outros dispositivos	62	88,6	8	11,4

Na tabela 10 analisa-se o posicionamento, nomeadamente o material utilizado pelos enfermeiros para dar suporte à postura do RNPT. Observa-se que o ninho não é utilizado nas práticas de posicionamento, enquanto o rolo de posicionamento é o material sempre utilizado. O apoio de cabeça também é ainda pouco utilizado, verificando-se a presença deste apoio em 2 observações (2,9%) e a almofada de contenção foi utilizada em 13 posicionamentos (18,5%). Em 5 (7,1%) posicionamentos foram utilizados outros tipo de materiais, nomeadamente fralda de pano enrolada para suportar o decúbito ventral.

Tabela 10 - Frequências do material de suporte ao posicionamento

Material de suporte	não		sim	
	n	%	n	%
Ninho	70	100	0	0
Rolo de posicionamento	0	0	70	100
Apoio de cabeça	68	97,1	2	2,9
Almofada de contenção	57	81,4	13	18,6
Outros (fralda enrolada)	65	92,9	5	7,1

Relativamente à pontuação obtida pela escala IPAT-PT, apurou-se um valor médio global de 6,83 (Dp= 2,05), indicando em média, posicionamento inadequado, com uma dispersão moderada dos dados (CV= 30%), variando entre 2 e 10 pontos. Considera-se uma distribuição normal com sk/erro de -1,34 e k/erro de -0,84.

Quanto aos scores obtidos pela observação de cada parâmetro da escala IPAT-PT, verifica-se que o posicionamento da cabeça é o parâmetro com média mais baixa de 1,00 (Dp= 0,933) com uma elevada dispersão dos dados (CV 93.3%), não seguindo uma distribuição normal (sk/erro 0; k/erro 3,32). Os ombros apresentavam uma média de 1,07 (Dp= 0,74), também com uma dispersão elevada dos dados (69,9%), no entanto assumindo uma distribuição normal (sk/erro -0,41; k/erro 2,08). As mãos e as ancas apresentavam, respetivamente uma média de 1,57 (Dp= 0,604) e de 1,54 (Dp= 0,736), ambas com uma dispersão elevada, (CV=34,5% e CV=47,8% respetivamente). Tanto o

parâmetro mãos (sk/erro -3,86 e k/erro 0,40) como ancas (sk/erro -4,44 e k/erro 0,16) não seguem uma distribuição normal. Por fim o parâmetro joelhos/tornozelos/pés foi o que apresentou a média mais elevada, com um valor de 1,63 (Dp= 0,569), numa dispersão elevada em torno da média (CV= 34,9%), ainda que mais baixa que os restantes parâmetros da escala. Considera-se que a distribuição segue uma distribuição normal (sk/erro -1,34; k/erro -0,84).

Tabela 11 - Estatística das pontuações IPAT-PT

Variáveis	Min	Max	Média	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Cabeça	0	2	1,00	0,933	93,3	0	3,32
Ombros	0	2	1,07	0,748	69,9	-0,41	2,08
Mãos	0	2	1,57	0,604	34,5	-3,86	0,40
Ancas	0	2	1,54	0,736	47,8	-4,44	0,16
Joelhos/tornozelos/pés	0	2	1,63	0,569	34,9	4,38	1,15
TOTAL IPAT	2	10	6,83	2,05	30,0	-1,34	-0,84

Em resposta à primeira questão de investigação, os resultados encontrados permitem-nos afirmar que a prática de posicionamento dos RNPT no serviço de Neonatologia do CHUC é em média e no global, inadequada, sobretudo das zonas superiores do corpo.

Análise inferencial

Para responder às questões formuladas, foram analisados os resultados obtidos entre as variáveis em estudo (Idade dos Enfermeiros, anos de experiência profissional, anos de experiência em neonatologia, formação profissional e formação FINE) e a variável score IPAT-PT, obtida pelas 70 observações realizadas.

As variáveis idade e score IPAT-PT são variáveis numéricas e que seguem uma distribuição normal. Para estudo da sua relação foi utilizado o teste exato de Fisher-Freeman-Halton (tabela 12), pois apesar de serem duas variáveis independentes, não cumpriam os pressupostos para a realização do teste de qui quadrado (frequências esperadas inferiores a 5). Os resultados indicam não significância estatística ($F=0,396$; $p=0,885$), demonstrando não existir associação entre estas variáveis e os residuais ajustados (RA) apresentam valores inferiores a 2, indicando igualmente não associação entre as variáveis em estudo.

Tabela 12 - Teste de associação entre variável idade e score IPAT-PT

Idade	Com necessidade de reposicionamento			Posicionamento aceitável			Posicionamento ideal			Fisher	p
	n	%	RA	N	%	RA	n	%	RA		
< ou = 43 anos	12	17,1	-0,5	19	22,9	0,2	4	5,7	0,4	0,396	0,885
>43 anos	14	20	0,5	18	25,7	-0,2	3	4,3	-0,4		

Foi também realizado, para maior sustentabilidade, o teste não paramétrico de Mann-Whitney (U), como descrito na tabela 13. Verifica-se que $U=570,00$; $p>0,05$, o que confirma não existir relação significativa entre as duas variáveis.

Tabela 13 - Teste de Mann-Whitney U entre a idade dos Enfermeiros e score IPAT-PT

Idade	n	OM	U	p
< ou = 43 anos	35	36,71	570,00	0,577
>43 anos	35	34,29		

Na tabela 14 apresenta-se o estudo da relação entre a experiência profissional dos enfermeiros e a pontuação IPAT-PT, pelo teste exato de Fisher-Freeman-Halton. Verifica-se que os RA são inferiores a 2 e uma relação sem significância estatística ($F=0,541$; $p>0,830$), permitindo afirmar que não existe relação significativa entre as variáveis.

Tabela 14 - Teste de associação entre variável experiência profissional e o score IPAT-PT

Experiência profissional	Com necessidade de reposicionamento			Posicionamento aceitável			Posicionamento ideal			Fisher	p
	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<=20 anos	13	18,6	-0,7	22	31,4	570,	0,57	5,7	0,1	0,541	0,830
>20 anos	13	18,6	0,7	15	21,4	00	7	4,3	-0,1		

O teste de Mann-Whitney U apresentado na tabela 15, revela igualmente não existir relação entre a experiência profissional e a pontuação IPAT-PT ($U=555,50$; $p>0,05$).

Tabela 15 - Teste de Mann-Whitney U entre a experiência profissional e o score IPAT-PT

Experiência profissional	n	OM	U	p
< ou = 20 anos	39	36,76	555,50	0,517
>20 anos	31	33,92		

Procurou-se relacionar a experiência dos enfermeiros em Neonatologia e a pontuação IPAT-PT, tal como descrito na tabela 16. Verifica-se que os RA são todos inferiores a 2 e os resultados permitem afirmar que não existe relação significativa entre experiência em Neonatologia e o score IPAT-PT ($F=0,593$; $p=0,876$).

Tabela 16 - Teste de associação entre experiência em neonatologia e IPAT-PT

Experiência profissional neonatologia	Com necessidade de reposicionamento			Posicionamento aceitável			Posicionamento ideal			Fisher	p
	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
<=11 anos	12	17,2	0,7	14	20	-0,7	3	4,3	0	0,593	0,876
>11 anos	13	18,6	-0,7	22	31,4	0,7	4	5,7	0		

Pela análise do teste de U Mann-Whitney verifica-se igualmente não existir relação significativa entre a experiência em neonatologia e o score IPAT-PT ($U=555,50$; $p=0,517$), (cf. tabela 17).

Tabela 17 - Teste Mann-Whitney U para experiência em Neonatologia e IPAT-PT

Experiência neonatologia	n	OM	U	p
< ou = 11 anos	31	33,92	555,50	0,517
>11 anos	39	36,76		

O estudo da relação entre a formação académica dos enfermeiros e a pontuação IPAT-PT, pode observar-se na tabela 18. Os resultados do teste de Fisher-Freeman-Halton ($F=2,454$; $p=0,666$) e a análise dos residuais ajustados, em que se verifica em todos os campos valores inferiores a 2, permitem-nos afirmar não existir relação significativa entre as variáveis.

Tabela 18 - Teste de associação entre formação académica e o IPAT-PT

Formação profissional	Com necessidade de reposicionamento			Posicionamento aceitável			Posicionamento ideal			Fisher	p
	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
Licenciatura	9	12,9	0,2	13	18,6	0,4	1	1,4	-1,1	2,454	0,666
Pós-licenciatura	12	17,1	0,6	13	18,6	-1,1	4	5,7	0,9		
Mestrado	5	7,1	-1,0	11	15,7	0,8	2	2,9	0,2		

Na tabela 19 apresenta-se a relação entre a formação FINE e o score IPAT-PT. Verifica-se que os resíduos acumulados são inferiores a 2 em todos os campos e pelos

resultados do teste de Fisher ($F=0,520$; $p=0,760$), apura-se não existir relação significativa entre as variáveis em estudo.

Tabela 19 - Teste de associação entre formação FINE e IPAT-PT

FINE	Com necessidade de reposicionamento			Posicionamento aceitável			Posicionamento ideal			Fisher	p
	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA		
Sim	8	11,4	-0,5	13	18,6	0,2	3	4,3	0,5	0,520	0,760
Não	18	25,7	0,5	24	34,3	-0,2	4	5,7	-0,5		

Também se realizou o teste de U Mann-Whitney entre a formação FINE e o score IPAT-PT (tabela 20), onde se verifica um nível de significância superior a 0,05 ($U=510,00$; $p=0,561$) indicando relação não significativa entre as duas variáveis em análise.

Tabela 20 - Teste U Mann-Whitney entre a formação FINE e IPAT-PT

FINE	n	OM	U	p
Sim	46	34,59	510,00	0,561
Não	24	37,25		

Em resposta à questão colocada, verifica-se que a prática de posicionamento dos RNPT é independente da idade, experiência profissional, experiência profissional em Neonatologia, formação académica e da formação em CDD (FINE) dos Enfermeiros do serviço de Neonatologia do CHUC.

4. Discussão

Neste capítulo pretende-se interpretar os resultados obtidos, tendo por base as questões e objetivos definidos no início desta investigação, contrapondo-os com o estado da arte neste domínio e os autores consultados.

Este estudo resultou de uma inquietação relacionada com a prática diária numa UCIN e da vontade de fornecer contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados, especificamente na promoção de práticas uniformizadas no posicionamento terapêutico do RNPT, recorrendo a um instrumento que apoie e oriente essa intervenção autónoma de enfermagem.

Na caracterização da amostra, observa-se que a média de idade dos enfermeiros é de 43,73, com pouca dispersão dos dados ($cv=19.02$), indicando-nos uma equipa madura e com anos de experiência significativos, com uma média de 21 anos de experiência. Analisando de acordo com a teoria de Benner (2001) pode-se considerar que em média a equipa se encontra no estadio 5 em competências gerais do enfermeiro, podendo ser considerados peritos, isto é, enfermeiros com uma enorme experiência, que compreendem de forma intuitiva cada situação no seu todo, não se regendo por protocolos, regras, máximas ou diretrizes. Antes, focalizam-se nos aspetos predominantes do problema em detrimento de aspetos menos relevantes. Conseguem ser flexíveis e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a situação/ação (Benner et al., 2001)

Em termos de experiência em neonatologia verifica-se que a média é de 14,91 ($cv=64,75\%$) indicando que os elementos nesta área são elementos no estadio 4 de competências em Enfermagem, considerados de proficientes, destacando-se a sua capacidade de perceber as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada e as suas ações são guiadas por máximas. O enfermeiro proficiente, pela sua experiência, tem capacidade de reconhecer as situações no seu todo, ou seja, é capaz de reconhecer os resultados habituais numa determinada situação. Esta compreensão melhora o seu processo de tomada de decisão. No entanto, perante uma situação mais complexa ou nova, pode ainda não estar apto para descrever ou explicar aspetos mais complexos (Benner et al., 2001)

Procurou-se averiguar se esta experiência profissional e a experiência em Neonatologia estaria relacionada com a prática do posicionamento, acreditando que os enfermeiros com mais anos de experiência, se destacassem, efetuando um posicionamento mais adequado e como tal, obtivessem uma pontuação mais elevada na escala de avaliação de posicionamento IPAT-PT. No entanto, não se verificou

relação significativa com a aplicação de teste de associação Fisher-Freeman-Halton e o teste de U Mann-Whitney, o que significa que a experiência, por si só e os conhecimentos adquiridos com essa mesma experiência, não são suficientes para a aplicação, na prática, da sequência organizada de contenção e alinhamento corporal necessários a um posicionamento terapêutico do RNPT. Segundo Altimier & Phillips, (2013), citado em Cruz (2018), o posicionamento terapêutico é uma intervenção simples, que permite fornecer suporte postural, com impacto imediato e duradouro sobre o desenvolvimento do RN. Ele visa a replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando suporte postural e de movimento, a fim de otimizar o desenvolvimento músculo-esquelético e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas pelo RN de termo considerado saudável (Cruz, 2018)

No mesmo sentido, a formação acadêmica demonstrou não estar associada ao score IPAT-PT obtido, verificando-se não haver diferença significativa entre este e os diferentes níveis de formação acadêmica dos Enfermeiros (Licenciatura, Pós-licenciatura ou Mestrado).

Relativamente à Formação em Cuidados Centrados no Desenvolvimento e na família (FINE), que alguns membros frequentaram, também esta não revelou relação significativa com os scores de pontuação IPAT-PT. Analisando este resultado, inferimos que pode dever-se ao facto de a amostra ser pequena e também devido a esta formação ser sobretudo teórica e não *hands-on* e não ser apenas direcionada para o posicionamento terapêutico, o que de alguma forma pode não capacitar para a ação e para uma aplicação mais prática. Neste sentido, mas com resultados diferentes surgem os estudos de Jeanson (2013) Spilker et al (2016), Upadhyay et al. (2021) e Morganti (2021), onde foram realizadas intervenções práticas direcionadas ao posicionamento, e onde se verificou uma melhoria das pontuações IPAT após a intervenção formativa, revelando a importância do treino, para a aquisição das competências práticas.

O nosso estudo foi realizado com recurso a um questionário de caracterização socioprofissional dos enfermeiros participantes, aos quais foi igualmente solicitado que identificassem as principais barreiras/dificuldades ao posicionamento do RNPT. Verificou-se que a maioria identificou a presença de dispositivos médicos (63,6%), não assinalando qualquer dispositivo em particular e 22.7% e 18.2% assinalaram respetivamente falta de material e falta de conhecimentos. Também neste âmbito, Spilker *et al* (2016), realizaram um estudo para analisar as barreiras ao posicionamento e concluíram que a falta de material, a falta de formação e fatores relacionados com a

condição clínica do RN, eram as barreiras mais importantes para a prática do posicionamento, indo ao encontro dos resultados deste estudo, dado que a presença dos dispositivos médicos está diretamente relacionada com a condição clínica do RNPT.

Outros estudos, (Morganti, 2021) (Godarzi et al., 2018) referiram a falta de tempo, falta de espaço e a falta de material, como as principais barreiras nas atividades de vida diária, onde estão incluídas a alimentação, cuidados à pele e o posicionamento terapêutico, o que coincide em parte com os resultados deste estudo.

Ainda neste sentido, procurou identificar-se que material era mais utilizado pelos enfermeiros para dar suporte à postura do RNPT, dado ser reconhecida a importância dos suportes externos para mimetizar o útero materno e compensar os sistemas neuro-motor, fisiológico e neuro-sensorial, aumentar os sentimentos de segurança e autorregulação e diminuir o stress através da contenção do RN.

Verificou-se que o ninho não é utilizado nas práticas de posicionamento, o apoio de cabeça é ainda pouco utilizado (2 posicionamentos) e a almofada de contenção foi utilizada em 13 posicionamentos. Por seu lado, o rolo de posicionamento é o material sempre utilizado. O RNPT tem naturalmente pouco tónus ativo e sem apoio, tende a posições de abdução e extensão, sendo consensual que deve experimentar a alternância frequente de decúbitos, com suportes funcionais posturais que lhe permitem a atividade motora espontânea, para prevenir o aparecimento de úlceras por pressão e para adquirir uma maior diversidade da estimulação sensorial, promoção da segurança, organização comportamental, satisfação emocional e autorregulação (Sousa et al., 2016; Altimier & Phillips, 2016).

Analisando os resultados pela aplicação da escala IPAT-PT, observamos que o score médio global obtido, era de 6,83 (Dp=2.05) o que nos indica em média um posicionamento inadequado (Cruz et al, 2023). Estudos similares, em que foi avaliada a prática de posicionamento em diversas unidades, permitiram recolher a informação sintetizada na tabela 21. Percebe-se que as pontuações obtidas nos estudos de Jeanson (2013) Spilker et al (2016) e Morganti (2021) são semelhantes a este estudo, indicando que, de forma geral, a prática de posicionamento nas UCIN's é pouco adequado, quando não existe implementação de formação, treino e ferramentas padronizadas que apoiem e orientem a avaliação dessa prática.

Analisando de acordo com os diversos parâmetros, verifica-se que, os scores médios obtidos relativamente ao posicionamento da cabeça são idênticos aos conseguidos neste estudo (M=1,00), revelando ser este o local com valores mais baixos, comparativamente aos restantes parâmetros da escala. Este facto pode dever-se à

frequência da escolha do decúbito ventral, pois neste decúbito a cabeça não fica alinhada com o corpo, mas sim lateralizada, acima dos 45°, o que implica, de acordo com a IPAT, a atribuição de pontuação 0 neste parâmetro. No nosso estudo apura-se ainda uma dispersão elevada dos valores (cv=93,3%), presumindo-se que existe uma falta de uniformidade no posicionamento desta área corporal.

Por outro lado, no parâmetro joelhos/tornozelos/pés observa-se a pontuação mais elevada (1,63), o que vai igualmente ao encontro dos resultados dos estudos de Jeanson (2013) e Spilker et al (2016), onde se verifica a mesma tendência. Este dado, de acordo com a nossa experiência, deve-se ao facto de os enfermeiros terem o cuidado de manter os membros inferiores dos RNPT fletidos e alinhados, já que essa é uma boa prática, suportada por vasta evidência científica e bem instituída na equipa. No entanto, o valor de dispersão moderado (cv=34,9%), indica que o posicionamento dessas zonas corporais, ainda carece de alguma uniformidade.

Tabela 21 - pontuações IPAT de estudos semelhantes

estudo	Média cabeça	Média ombros	Média mãos	Média ancas	Média Joelhos/tornozelos e pés	Score Médio global IPAT
Jeanson, (2013)	0.9	1.4	1.3	1.8	1.8	7.2
Spilker <i>et al.</i> , (2016)	1.1	1.3	1.2	1.7	1.7	7
Masri <i>et al.</i> , (2018)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	3.4
Morganti (2021)	0.91	1.41	1.13	1.47	1.47	6.39
Yun & Kim, (2022)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	5.08

n/d – Não descrito

Nos restantes parâmetros verifica-se que ainda existe uma necessidade de melhoria do posicionamento dos RNPT, nomeadamente dos ombros (1,07), onde se verificou abdução dos mesmos, sobretudo na utilização do decúbito ventral, em que os RNPT ficam “espalmados” contra o colchão. Este parâmetro poderia ser melhorado com a utilização mais frequente de uma almofada de posicionamento apropriada para o decúbito ventral.

Nos estudos consultados e descritos na tabela 21, foi utilizada a motivação das equipas, formação *hands-on* e implementação de uma escala de posicionamento nas unidades, apurando-se, em todos eles, uma melhoria significativa das pontuações IPAT após estas intervenções.

A experiência prática numa UCIN permite ao enfermeiro ter consciência de que o posicionamento do RN é preponderante para o modelamento e alinhamento do seu sistema músculo-esquelético, com impacto no crescimento e desenvolvimento futuro, pelo que, face aos resultados encontrados neste estudo, torna-se fundamental aliar a essa prática uma ferramenta e linhas orientadoras que a apoiem, orientem e uniformizem, para um exercício profissional de qualidade neste âmbito.

Conclusão

Tal como Altimier & Philips (2016) e Kahraman et al. (2018) referem, é fundamental para o enfermeiro intervir na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, o mais cedo possível, com objetivo de maximizar o seu potencial de desenvolvimento, prestando cuidados específicos de acordo com as necessidades individuais.

O posicionamento terapêutico representa uma das primeiras intervenções prestadas ao RNPT, com impacto imediato e duradouro sobre o desenvolvimento deste e conseqüentemente onde mais precocemente se pode implementar cuidados nesse âmbito, com benefícios imediatos e a longo prazo.

O posicionamento terapêutico constitui uma intervenção autónoma de Enfermagem, inserida nos cuidados centrados no desenvolvimento, sustentada pela evidência científica. Os resultados da investigação têm identificado os benefícios do posicionamento a nível do desenvolvimento, crescimento e maturação neurológica, comportamental, músculo-esquelética, postural e dos movimentos do RN, sendo, desta forma, a intervenção de excelência para promover a estabilidade neuromotora, neuro-comportamental e músculo-esquelética, promovendo ainda a função fisiológica e a estabilidade, a integridade da pele, a regulação térmica, a densidade óssea, o sono e o desenvolvimento cerebral (Altimier & Phillips, 2016, 2013; Coughlin, 2014; Fonseca & Barros, 2016).

No entanto, apesar dos comprovados benefícios do posicionamento do RN no crescimento e desenvolvimento deste, de esta ser uma área autónoma na esfera de cuidados do enfermeiro e da diversa produção científica neste âmbito, constata-se que o posicionamento terapêutico do RN não está uniformizado, verificando-se inconsistência das práticas neste âmbito, com inevitáveis conseqüências na prestação de cuidados de qualidade ao RNPT. A existência de uma ferramenta de avaliação do posicionamento do RN traduzida e validada para a população portuguesa constitui uma mais-valia, sobretudo porque foi criada com o objetivo, entre outros, da uniformização deste procedimento, ao orientar para as posturas funcionais adequadas.

Com este estudo, foi possível dar resposta aos objetivos inicialmente propostos, que sintetizamos, concluindo que:

- Os participantes no estudo representavam a equipa de enfermagem da UCIN, composta maioritariamente por elementos do sexo feminino (81%), com média de idade de 43,73 anos (dp= 8,316).

- A maioria dos participantes (63,6%) referiram de uma forma geral que a presença de dispositivos médicos nos RNPT são uma barreira para o posicionamento adequado do mesmo, para além da falta de material e falta de conhecimentos.

- Os RN observados nasceram em média com 191,1 dias de gestação (cerca de 27 semanas) com desvio padrão de 15,76 e tinham na sua maioria uma média de idade corrigida de 225,1 dias (dp=17,11) (cerca 32 semanas e 1 dia) aquando das observações.

- Verifica-se que a prática do posicionamento não é a adequada (IPAT-PT media de 6,83; dp= 2,05), com uma dispersão moderada dos dados (CV= 30%), indicando, a avaliação dos diversos parâmetros, também falta de uniformização das práticas de posicionamento do RNPT, havendo sobretudo dificuldades no posicionamento da cabeça, mãos e ombros.

- A experiência profissional, experiência em Neonatologia, a formação académica e a formação FINE não revelaram ter relação com a pontuação IPAT-PT, considerando-se assim que a prática de posicionamento é independente das variáveis mencionadas.

- Verifica-se que o material utilizado para o suporte postural dos RNPT é ainda escasso. Priorizando-se unicamente do rolo de posicionamento, apesar de ser insuficiente para o apoio postural completo do mesmo. O ninho ou o apoio de cabeça que poderia complementar o material utilizado, não é ainda devidamente utilizado.

Na base deste documento esteve o objetivo da realização de um estudo de investigação de análise quantitativa, do tipo descritivo-correlacional, no âmbito da formação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Consideram-se atingidos os objetivos propostos, dado que se conseguiu avaliar o estado das práticas de posicionamento no serviço de Neonatologia do CHUC e estudar a relação destas mesmas práticas com as variáveis idade, anos de experiência, anos de experiencia em neonatologia, formação académica e formação em CCD (FINE) da equipa.

As principais limitações do estudo são a amostra reduzida e o processo de amostragem ser não aleatório por conveniência, o que não permite extrapolar os resultados para outras populações.

Os cuidados de enfermagem devem responder às necessidades atuais e só serão válidos e de qualidade se estiverem alicerçados numa prática baseada na evidência, onde se integram os conhecimentos provenientes de várias fontes, como a investigação, e a experiência clínica dos enfermeiros. Numa área específica, como a Neonatologia e face à vulnerabilidade do RNPT, é necessário ajustar a tecnologia

disponível a cuidados protetores, sobretudo do ambiente agressivo a que este é sujeito logo que nasce. Estes cuidados, numa perspetiva de qualidade, precisam ser orientados e suportados em princípios fundamentais a ser uniformizados na equipa, para que sejam atingidos os benefícios cientificamente reconhecidos, neste caso particular, pela utilização de uma ferramenta padronizada que oriente as posturas funcionais adequadas ao desenvolvimento precoce do RNPT

Assim, **as implicações deste estudo para a prática** são evidentes e, decorrente dos resultados encontrados neste estudo, propõe-se que este trabalho seja o ponto de partida para o desenvolvimento futuro, pela equipa, de um projeto de melhoria dos cuidados dentro da temática do posicionamento, a iniciar pela realização de formação em CCD, pela implementação da escala IPAT-PT, validada para a população portuguesa e inclusão de sistemas de auditorias, tal como recomendado pelos Standards Europeus para os cuidados de saúde ao Recém-nascido.

Com este documento deixa-se um legado no serviço, que se espera, incentive o desenvolvimento contínuo das melhores práticas no que respeita ao posicionamento terapêutico do RN.

Referências Bibliográficas

- Als, H. (1986). *a Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Environment* (Physical & Occupational therapy in Pediatrics (ed.)).
- Als, H. (2015). *Program Guide Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) An Education and Training Program for Health Care Professionals* (Issue July).
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Benner, P., Queiroz, A. A., & Lourenço, B. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Quarteto (ed.); 1st ed.).
- Charafeddine, L., Masri, S., Ibrahim, P., Badin, D., Cheayto, S., & Tamim, H. (2018). Targeted educational program improves infant positioning practice in the NICU. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(8), 642–648. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy123>
- Constante, A. (2017). *Eficácia do NIDCAP na morbidade neonatal e no neurodesenvolvimento – Scoping Review*. Universidade de Coimbra.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative Nursing in the NICU. Trauma-Informed Age-Appropriate Care*. (Springer P).
- Coughlin, M. (2016). *Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians* (Springer P).
- Coughlin, M., Lohman, M. B., & Gibbins, S. (2010). Reliability and effectiveness of an infant positioning assessment tool to standardize developmentally supportive positioning practices in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104–106. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2010.03.003>
- Cruz, I. R. da. (2018). *O cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia: Psocionar para Melhor Cuidar*.
- Cruz, I. R., Curado, M. A. S., & Brantes, A. L. G. (2023). Infant Positioning Assessment Tool: Transcultural adaptation and validation for Portuguese Preterm Neonates. *Journal of Neonatal Nursing*, January, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.01.003>
- D'Agata, A. L., Coughlin, M., & Sanders, M. R. (2018). Clinician Perceptions of the NICU Infant Experience: Is the NICU Hospitalization Traumatic? *American Journal of Perinatology*, 35(12), 1159–1167. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1641747>
- Diertens, D. M., & Wielenga, J. M. (2018). Developmentally accurate body posture of newborn infants : a quality assessment using the neoPAW score. *Infant Journal*, 14, 32–35.
- Ferraz, L. P. L. (2017). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido

- premature: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. *Tese de Mestrado*.
- Freitas, O., & Barbieri de Figueiredo, M. do C. (2012). Stress e Massagem Neonatal : Efeitos da massagem no stress do recém-nascido pré-termo. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 55–79.
- Gibbins, S., Coughlin, M., & Hoath, S. (2010). Quality Indicators: Using the Universe of Developmental Care Models as an Exemplar for Change. *Developmental Care of Newborns & Infants: A Guide for Health Professionals*, 43–59.
- Godarzi, Z., Rahimi, O., Khalesi, N., Soleimani, F., Mohammadi, N., & Shamshiri, A. R. (2018). Nurses' Opinions on the Barriers to Effective Implementation of Developmental Care in Neonatal Intensive Care Units. *Critical Care Nursing*, 11(2). <https://doi.org/10.5812/ccn.64895>
- Gonçalves, P., & Aparício, M. G. (2022). *Escala de avaliação de posicionamento para a melhoria da qualidade de cuidados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: uma scoping review*. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: neuromotor, physiologic and sleep implications. In Kenner & McGrath (Ed.), *Developmental Care of Newborns and Infants, A Guide for Health Professionals* (2ª, pp. 285–312). Glenview: NANN.
- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 27–30. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.004>
- Kahraman, A., Başbakkal, Z., Yalaz, M., & Sözmen, E. Y. (2018). The effect of nesting positions on pain, stress and comfort during heel lance in premature infants. *Pediatrics and Neonatology*, 59(4), 352–359. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.11.010>
- Masri, S., Ibrahim, P., Badin, D., Khalil, S., & Charafeddine, L. (2018). Structured educational intervention leads to better infant positioning in the NICU. *Neonatal Network*, 37(2), 70–77. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.37.2.70>
- Monteiro, M. C. R. C. (2019). *Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido: Atuação do Enfermeiro Especialista na Otimização do Ambiente Terapêutico* [Instituto Politécnico de Setúbal]. http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28815/1/Relatorio_170531133.pdf
- Morganti, T. (2021). *Developmentally supportive positioning in the Neonatal Intensive Care Unit*.
- NICU Brain Sensitive Care Committee. (2015). Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. In *Swedish Medical Center* (Issue 13).
- Painter, L., Lewis, S., & Hamilton, B. K. (2019). Improving Neurodevelopmental Outcomes in NICU Patients. *Advances in Neonatal Care*, 19(3), 236–243. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000583>
- Panhoni, D. A., Martins, F. P. A., Fernandes, M., Callegari, M. R., Moraes, Í. A. P. de, Salerno, G. R. F., & Tropiano, L. M. da C. C. (2019). Conhecimento de profissionais da saúde sobre o posicionamento do recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Cadernos de Pós-Graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento*, 19(2), 84–102. <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v19n2p84-102>
- PHILIPS. (2014). *Therapeutic Positioning in the NICU*.

https://www.theonlinelearningcenter.com/scorm/module9936_5/story_content/external_files/WeeCare_C05_L02_Therapeutic_Positioning_in_the_NICU.pdf
<https://www.philips.es/healthcare/solutions/mother-and-child-care/infant-positioning>

- Sousa, B., Dias, C., Pedro, C., Atilheiro, G., & Curado, A. (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo. In Lusodidatica (Ed.), *Terapêutica de Posição: Contributo para um Cuidado Seguro* (1st ed., pp. 167–184).
- Spilker, A., Hill, C., & Rosenblum, R. (2016). The effectiveness of a standardised positioning tool and bedside education on the developmental positioning proficiency of NICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 35, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.01.004>
- Upadhyay, J., Singh, P., Digal, K. C., Shubham, S., Grover, R., & Basu, S. (2021). Developmentally Supportive Positioning Policy for Preterm Low Birth Weight Infants in a Tertiary Care Neonatal Unit: A Quality Improvement Initiative. *Indian Pediatrics*, January.
- Vaivre-Douret, L., Ennouri, K., Jrad, I., Garrec, C., & Papiernik, E. (2004). Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk, preterm infants. *European Journal of Paediatric Neurology*, 8(1), 21–34. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2003.10.001>
- Yun, E. J., & Kim, T. I. (2022). Development and effectiveness of an educational program on developmental positioning for neonatal intensive care unit nurses in South Korea: a quasi-experimental study. *Child Health Nursing Research*, 28(1), 70–81. <https://doi.org/10.4094/CHNR.2022.28.1.70>
- Zarem, C., Crapnell, T., Otd, S., Tiltges, L., Otd, S., Madlinger, L., Reynolds, L., Otr, L., & Lukas, K. (2013). *Perception Infirmières Et Thérapeutes Sur Positionnement Préma*. 32(2), 110–116.

Anexos

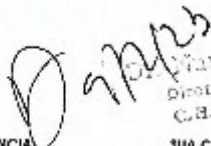
Anexo 1 – Autorização da comissão de Ética do CHUC



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Comissão de Ética


 Exmo. Senhor
 Dr. Nuno Devesa
 Digmº Diretor Clínico do CHUC


SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 034/CES	06-07-2023
		Proc.Nº OBS.SF.184-2022	

PI OBS.SF.184-2022 "POSICIONAMENTO DO RECÉM NASCIDO PREMATURO: IMPLEMENTAÇÃO DA CCALA IPAT PARA UNIFORMIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS"
Entrada na UID: 02-11-2022
Entrada na CES: 16-12-2022
Investigador/a/es: Patrick Nunes Gonçalves - Enfermeiro.
Coordenador/a/es: Maria da Graça Ferreira Aparício Costa
Co-Investigador/a/es:
Promotor: Instituto Politécnico de Viseu- Escola Superior de Saúde de Viseu.
Serviço de Realização: Unidades do serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

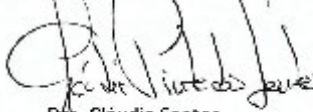
Cumpra Informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 25 de Janeiro de 2023, após reapreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

"A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no CHUC, condicionado à efetivação das seguintes alterações: 1) a indicação no formulário de CC, FCES, do número de participantes do grupo de controlo- unidade B; 2) a junção de formulário de CI, FCI, relativo aos recém nascidos, um vez que embora pareça serem estes o alvo do estudo, dado que se encontra assinalada no FCES a recolha de dados do processo clínico, o FCI submetido encontra-se dirigido aos enfermeiros; 3) a reformulação do preenchimento do ponto 3.2, do FCI, relativo à recolha de dados, em que consta o nome do IP; 4) a versão final dos documentos, depois de corrigida, deve ser enviada, com as alterações efetuadas e aí incorporadas devidamente assinaladas, a cor".

Mais informa que a CES do CHUC deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos, 

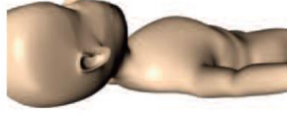



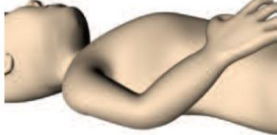



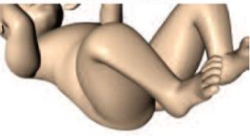






A Comissão de Ética do CHUC, E.P.E


 Dra. Cláudia Santos
 Presidente

CE do CHUC: Dra. Cláudia Santos, Dr. Alexandre Dêco, Dr.ª Zaida Travençolo, Dra.ª Sónia Gomes, Dr.ª Isabel Ventura, Rev. Po. Doutor Ricardo Sá, Sónia D. Fialho Lopes, Doutora Inês Lopes, Dr.ª Teresa Cortado

Anexo 2 – Grelha de observação e Escala IPAT-PT *Infant Positioning Assessment Tool (versão portuguesa)*

Data: __/__/__	Turno: M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Hora:	Nº Observação:
1. Sexo:	1. Feminino <input type="checkbox"/>	2. Masculino <input type="checkbox"/>	
2. Idade gestacional corrigida:	_____	3. Idade gestacional corrigida	_____
4. Posição <i>in utero</i>	1. Cefálica	2. Pélvica	3. Transversal
5. Dispositivos médicos:	1. Tubo endotraqueal <input type="checkbox"/>	2. CPAP nasal <input type="checkbox"/>	3. Dreno torácico <input type="checkbox"/>
	4. CVC <input type="checkbox"/>	5. CVP <input type="checkbox"/>	6. Sonda gástrica <input type="checkbox"/>
	7. Outro: _____		
6. Localização do Dispositivo:	1. Boca <input type="checkbox"/>	2. Nariz <input type="checkbox"/>	3. Tórax <input type="checkbox"/>
	4. Abdómen <input type="checkbox"/>	Membro superior:	Membro Inferior:
		5. Direito <input type="checkbox"/>	7. Direito <input type="checkbox"/>
		6. Esquerdo <input type="checkbox"/>	8. Esquerdo <input type="checkbox"/>
7. Decúbito do RNPT:	1. Decúbito Lateral Direito <input type="checkbox"/>	2. Decúbito Lateral Esquerdo <input type="checkbox"/>	3. Decúbito Dorsal <input type="checkbox"/>
	4. Decúbito Ventral <input type="checkbox"/>		
8. Swaddling	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	

Indicadores	Opções de Resposta			Score
	0	1	2	
Ombros	Ombros em extensão 	Ombros neutros 	Ombros ligeiramente fletidos 	
Mãos	Mãos afastadas do corpo 	Mãos a tocar o tronco 	Braços fletidos com mãos a tocar a face 	
Ancas	Ancas em abdução com rotação externa 	Ancas em extensão 	Ancas alinhadas e suavemente fletidas 	
Joelhos, tornozelos e pés	Joelhos em extensão, tornozelos e pés em rotação externa 	Joelhos, tornozelos e pés em extensão 	Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos 	
Cabeça	Cabeça lateralizada (esquerda ou direita) com um ângulo superior a 45° em relação à linha média 	Cabeça lateralizada (esquerda ou direita) com um ângulo de 45° em relação à linha média 	Cabeça na linha média com um ângulo inferior a 45° (esquerda ou direita) em relação à linha média 	
10 = Score total ideal. 7- 9 Score total aceitável. >=6 necessidade de reposicionamento			Score total	

Anexo 3 – Questionário sociodemográfico dos Enfermeiros

Questionário sobre dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros do serviço de Neonatologia CHUC				
ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: POSICIONAMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: IMPLEMENTAÇÃO DA ESCALA IPAT PARA UNIFORMIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS				
<p>Cara(o) colega, quero desde já agradecer a sua colaboração neste estudo. Na sequência do seu consentimento em participar, solicito que preencha o seguinte questionário, selecionando uma resposta no caso das questões de escolha múltipla.</p>				
1. Experiência profissional:	_____anos			
2. Experiência em Neonatologia:	_____anos			
3. Formação Académica/profissional:	1. Licenciatura <input type="checkbox"/>	2. Pós-licenciatura <input type="checkbox"/>	3. Mestrado <input type="checkbox"/>	4. Doutoramento <input type="checkbox"/>
4. Formação em cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	Se sim, qual? _____	
5. Dificuldades/barreiras para o posicionamento adequado do RNPT:	1. Falta de material/equipamento <input type="checkbox"/>	2. Falta de conhecimento <input type="checkbox"/>	3. Medo/receio <input type="checkbox"/>	4. Presença de dispositivo médico <input type="checkbox"/>
	5. Outro: _____			

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PLANO E METODOLOGIA DO ESTUDO

1ª etapa: Informação sobre o estudo e recrutamento dos enfermeiros que aceitem participar e assinem o consentimento e respondam aos critérios.

2ª etapa: Preenchimento do questionário sobre os dados socioprofissionais pelos enfermeiros do serviço de Neonatologia A do CHUC.

3ª etapa: Observação e registo das práticas de posicionamento. A observação da técnica far-se-á após a realização dos cuidados aos RNPT nas unidades do serviço de Neonatologia A do CHUC, sem informação prévia aos participantes.

3. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES

1. Responsável pelos dados

Patrick Nunes Gonçalves

2. Recolha de dados

Patrick Nunes Gonçalves

3. Categorias de dados

Dados quantitativos: pontuação IPAT; anos de experiência profissional; Idade do Enfermeiro; Experiência em Neonatologia (anos); idade do RNPT

Dados ordinais: Formação profissional

Dados nominativos: Decúbito do RNPT; Posição in-útero; Tipo de parto; Material de suporte ao posicionamento; utilização de swaddling (sim ou não); dispositivos médicos do RNPT; localização dos dispositivos; Formação em cuidados desenvolvimentais.

4. Tratamento de dados

Os dados serão registados numa base de dados e analisados com recurso ao programa estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28

5. Medidas de proteção adotadas

Os participantes do estudo não serão identificados e as observações realizadas serão codificadas pelo investigador; Os dados serão guardados numa base de dados acessíveis apenas ao investigador.

6. Prazo de conservação dos dados

Prevê-se um prazo máximo de conservação dos dados até 6 meses após o término do estudo de investigação

7. Informação em caso de publicação

Caso o estudo seja publicado futuramente, serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados divulgados

4. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE

SEM RISCOS OU INCOMODOS PREVISTOS AOS PARTICIPANTES

5. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

BENEFÍCIOS DIRETOS SOBRE A UNIFORMIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE POSICIONAMENTO DOS RNPT
BENEFÍCIOS INDIRETOS SOBRE AS RESPOSTAS ADAPTATIVAS DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

6. NOVAS INFORMAÇÕES

Será transmitido ao participante qualquer nova informação que possa ser relevante ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo. Caso se verifique qualquer alteração do estudo, seja por alargamento, seja pela prossecução de novas e diferentes finalidades, proceder-se-á a recolha de novo consentimento junto do participante, de modo a contemplar a alteração ao inicialmente proposto.

7. RESPONSABILIDADE CIVIL

A participação no estudo não implica intervenções fora dos cuidados habituais, que impliquem risco

8. PARTICIPAÇÃO / RETIRADA DO CONSENTIMENTO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura, através da notificação ao investigador, sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalização ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

O consentimento entretanto retirado não abrange os dados recolhidos e tratados até a essa data.

O investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode também terminar se o plano do estudo não estiver a ser cumprido. O investigador notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias.

9. CONFIDENCIALIDADE

Será garantido o respeito pelo direito do participante à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais; devendo ainda ser assegurado que será cumprido o dever de sigilo e de confidencialidade a que se encontra vinculado, conforme disposto no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08.

10 – DIREITO DE ACESSO E RETIFICAÇÃO

Pode exercer o direito de acesso, retificação e oposição ao tratamento dos seus dados. Contudo, este direito pode ser sujeito a limitações, de acordo com a Lei.

11. REEMBOLSO E/OU RESSARCIMENTO DO PARTICIPANTE

Este estudo é da iniciativa do investigador e por isso solicita-se a participação voluntária, sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, portanto, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

12. CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigador	PATRICK NUNES GONÇALVES
Morada	██
Telefone	██████████
Email	██

Se tiver dúvidas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, poderá contactar:
Presidente da Comissão de Ética do CHUC

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta Mota Pinto, 3000 075 Coimbra
Telefone: 239 400 400
e-mail: secetica@chuc.min-saude.pt

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Projeto de Investigação

Nome do Participante:	
BI / CC:	Contactos:
Nome do Investigador: Patrick Nunes Gonçalves	

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- a. do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
- b. da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
- c. e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;
- d. que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
- e. e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar o investigador de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer (*quando aplicável*);
- f. e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
- g. que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
- h. que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
- i. que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha eventual saída prematura do estudo e se compromete a informar-me do respetivo motivo;
- j. que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Local e data:	Assinaturas
	Participante:
	Investigador (*):

(*) **Confirmo** que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, o alcance e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.