



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Os Benefícios da Colostroterapia para o Recém-Nascido Prematuro hospitalizado em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais

Joana Filipa Pires Gomes Tavares

março de 2024



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Os Benefícios da Colostroterapia para o Recém-Nascido Prematuro hospitalizado em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais

Joana Filipa Pires Gomes Tavares 24326

**Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com
Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de
Neonatologia**

8.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Isabel Bica Carvalho Costa

março de 2024

Pensamento

“Quando vejo uma criança, ela inspira-me dois sentimentos: ternura, pelo que é, e respeito pelo que pode vir a ser.”

Louis Pasteur

Agradecimento

Ao meu namorado Pedro, pelo apoio incondicional, carinho e incentivo em todos os momentos.

Aos meus pais, por serem a pedra basilar e o meu colo em toda a minha vida.

À Paula Pereira, por me desafiar a entrar na área da Saúde Infantil e a “embarcar nesta aventura” da Especialidade.

À Carolina Correia, Sofia Meireles, Cláudia Pinto e Cristina Campos, companheiras desta jornada, pela entreaajuda e apoio, e pelos bons momentos partilhados.

Às Professoras Doutoradas Isabel Bica, Ernestina Silva e Graça Aparício, pela orientação ao longo deste caminho, pela partilha de saberes e por não me deixarem desistir.

A todos os Enfermeiros Especialistas que me orientaram em estágio, pela partilha de experiências e conhecimentos.

A todas as crianças e famílias com que me cruzei e que foram alvo dos meus cuidados.

À minha filha Eva, que nasceu a meio deste percurso, a quem dedico esta jornada finalmente concluída.

A todos, o meu sincero obrigada!

Resumo

Enquadramento: Ao longo do trajeto realizado com vista à aquisição de competências comuns e específicas relativas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, várias temáticas se tornam pertinentes para a prática de cuidados ao binómio criança/família, podendo ser exploradas através da investigação, essencial para a evolução da disciplina de Enfermagem. No mundo, 1 em cada 10 RN nasce prematuro, o que pode acarretar sequelas no futuro da criança, devendo os cuidados ao RN ser antecipatórios e individualizados, promovendo o seu conforto e bem-estar. Incentivar o aleitamento materno é essencial para a maximização da saúde da criança e para a vinculação pais-bebé, sendo uma prática acessível e segura, dotada de vários benefícios. A literatura menciona que o colostro, o primeiro leite da mãe, contém diversos nutrientes essenciais, bem como fatores de proteção que protegem a mucosa oral do contacto com certos microrganismos, reforçando o sistema imunológico, o que é útil ao RN prematuro hospitalizado, suscetível a variadas complicações decorrentes da prematuridade.

Objetivos: Descrever o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio; refletir de forma crítica sobre as atividades concretizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; identificar os benefícios da colostroterapia para o RNP hospitalizado em unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais.

Metodologia: Descritivo-reflexiva sobre o percurso formativo nos diversos contextos de estágio. Foi realizada uma *Scoping Review*, de acordo com o protocolo proposto pela *Joanna Briggs Institute*[®]. A pesquisa foi efetuada no motor de busca B-On e nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, considerando um horizonte temporal de 2017 a 2023, incluindo estudos publicados na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol. A seleção dos estudos, a extração e a síntese dos dados foram efetuadas por dois revisores independentes.

Resultados: Nos seis estudos incluídos na *Scoping Review*, foi possível constatar que a colostroterapia, além de ser uma intervenção fácil de concretizar (administração de apenas 0,1mL de colostro cru na mucosa oral do RN prematuro), é barata e segura. Revelou elevados benefícios para o RNP, como a diminuição da incidência de complicações, favorecendo a ação antimicrobiana, o ganho ponderal e a alimentação enteral. A colostroterapia reveste-se, assim, de grande potencial na redução da incidência de várias patologias associadas à prematuridade, reduzindo inclusive a taxa de mortalidade neonatal.

Conclusão: O trabalho desenvolvido ao longo dos estágios e no presente relatório considera-se como um contributo para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, trazendo para a prática os conhecimentos obtidos em contexto formativo, bem como os adquiridos com a execução do trabalho de investigação. Assim, face aos resultados, é imperativo que os enfermeiros sejam sensibilizados e capacitados para a implementação desta prática, dotada de inúmeros benefícios para o RN/Família.

Palavras-chave: recém-nascido prematuro, colostroterapia, orofaringe, unidades de cuidados intensivos neonatais

Abstract

Background: Throughout the journey towards acquiring common and specific competences for the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing, various themes have become relevant to the practice of caring for the child/family binomial, and can be explored through research, which is essential for the evolution of the nursing discipline. In the world, 1 in 10 newborns are born prematurely, which can have consequences for the child's future, and newborn care should be anticipatory and individualised, promoting their comfort and well-being. Encouraging breastfeeding is essential for maximising the child's health and the parent-baby bond, and it is an accessible and safe practice with many benefits. The literature mentions that colostrum, the mother's first milk, contains several essential nutrients, as well as protective factors that protect the oral mucosa from contact with certain microorganisms, strengthening the immune system, which is useful for hospitalised premature NBs who are susceptible to various complications resulting from prematurity.

Objectives: Describe the training pathway in the different internship contexts; critically reflect on the activities carried out to develop the common and specific competences of the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing; identify the benefits of cholesterol therapy for NBs hospitalised in neonatal intensive and intermediate care units.

Methodology: Descriptive-reflective on the training programme in the various internship contexts. A Scoping Review was carried out in accordance with the protocol proposed by the Joanna Briggs Institute®. The search was carried out using the B-On search engine and the MEDLINE and CINAHL databases, considering a time horizon of 2017 to 2023, including studies published in full in Portuguese, English and Spanish. Study selection, data extraction and synthesis were carried out by two independent reviewers.

Results: In the six studies included in the Scoping Review, it was found that colostrum therapy, as well as being an easy intervention to implement (administration of just 0.1mL of raw colostrum to the oral mucosa of premature NB), is cheap and safe. It has shown great benefits for the NB, such as reducing the incidence of complications, favouring antimicrobial action, weight gain and enteral feeding. Colostrum therapy therefore has great potential for reducing the incidence of various pathologies associated with prematurity, including reducing the neonatal mortality rate.

Conclusion: The work carried out during the internships and in this report is seen as a contribution to the continuous improvement of Child and Paediatric Health Nursing care, bringing to practice the knowledge obtained in the training context, as well as that acquired from carrying out the research work. In view of the results, it is imperative that nurses are sensitised and trained to implement this practice, which has numerous benefits for the NB/family.

Keywords: premature infant, colostrotherapy, oropharyngeal, neonatal intensive care units.

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

Introdução 23

Parte I: Percurso Formativo em Estágio

1. Estágio de Pediatria 27

1.1. Contextualização..... 27

1.2. Reflexão..... 28

2. Estágio de Neonatologia 33

2.1. Contextualização..... 33

2.2. Reflexão..... 34

3. Estágio de Saúde Infantil e Familiar 41

3.1. Contextualização..... 41

3.2. Reflexão..... 41

Parte II: Investigação

1. Enquadramento Teórico e Justificação..... 53

1.1. O Recém-Nascido Prematuro em Contexto Hospitalar..... 53

1.2. Leite Materno, Colostro e Cuidados Oraís ao Recém-Nascido Prematuro 56

2. Metodologia..... 61

2.1. Tipo de Estudo..... 61

2.2. Questão de Revisão..... 62

2.3. Objetivos..... 62

2.4. Critérios de Inclusão e Exclusão 63

2.5. Estratégia de Pesquisa	63
2.6. Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos	64
2.7. Extração dos Dados	65
3. Resultados	67
4. Discussão	77
5. Conclusão	83
Considerações Finais	85
Referências Bibliográficas	87
Apêndices e Anexos	
Apêndices	
Apêndice I - Projeto de Estágio de Pediatria	101
Apêndice II - Projeto de Estágio de Neonatologia	105
Apêndice III - Projeto de Estágio de Saúde Infantil e Familiar	109
Anexos	
Anexo I - Impresso para registo de RN atribuídos por turno.....	115
Anexo II - Plano de Saúde Individual	117
Anexo III - Formação em Serviço “ <i>Competências Socioemocionais na Criança: Revisão Integrativa da Literatura</i> ”	121
Anexo IV - Formação em Serviço “ <i>Guia Orientador de Boas Práticas: O Sono na Criança e no Adolescente</i> ”	141
Anexo V - Avaliação Metodológica dos Estudos Incluídos	163

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Matriz PCC.....	62
Tabela 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão	63
Tabela 3 – Estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados eletrônicas	64
Tabela 4 – Tabela síntese de Extração de Dados dos Estudos Incluídos	66
Tabela 5 – E1: <i>Impact of Oropharyngeal Administration of Colostrum in Preterm Newborns' Oral Microbiome</i>	69
Tabela 6 – E2: <i>Colostrum Use and the Immune System of Premature Newborns: A Systematic Review and Meta-Analysis</i>	71
Tabela 7 – E3: <i>Sepse precoce do recém-nascido prematuro e uso de colostro materno</i>	72
Tabela 8 – E4: <i>Effect of Oropharyngeal Administration of Colostrum in Premature Newborns ≤ 32 Weeks of Gestation on the Immune Response and Neonatal Morbidity: A Double-Blind Randomized Clinical Trial</i>	73
Tabela 9 – E5: <i>The effect of oropharyngeal colostrum administration on the clinical outcomes of premature infants: A meta-analysis</i>	75

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma PRISMA.....	68
-----------------------------------	----

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

aEEG – *Amplitude Integrated Electroencephalography*

B-On – Biblioteca do Conhecimento Online

bpm – batimentos por minuto

CAA - Centro de Apoio à Aprendizagem

CEC – Cateter Epicutâneo-Cava

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cpm – ciclos por minuto

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CUA – Cateter Umbilical Arterial

CUV – Cateter Umbilical Venoso

CVP – Cateter Venoso Periférico

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

EBSCO – *Elton B. Stephens Company*

EE – Encarregado de Educação

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEG - Eletroencefalograma

EFCNI - *European Foundation of Care for Newborn Infants*

EHI – Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica

EMAEI - Equipe Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

FC – Frequência Cardíaca

FINE - *Family and Infant Neurodevelopmental Education*

H – Hora(s)

IC – Idade Corrigida

IG – Idade Gestacional

Ig – Imunoglobulina

JBI - *Joanna Briggs Institute*

L - Litro

LM – Leite Materno

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH – *Medical Subject Headings*

mL – mililitros

mmol - milimol

MS – Ministério da Saúde

nCPAP - *nasal Continuous Positive Airway Pressure*

NIDCAP® – *Newborn Individualized Development and Care Assessment Program*

NIRS - *Near-infrared spectroscopy*

NSE – Necessidade de Saúde Especiais

°C - Graus centígrados

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – Participante, Conceito e Contexto

PES - Projeto “Promoção e Educação para a Saúde”

PN – Peso à Nascimento

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSI – Plano de Saúde Individual

RMN – Ressonância Magnética

RN - Recém-Nascido

RNP – Recém-Nascido Prematuro

RPM – Ruptura Prematura de Membranas

SE – Saúde Escolar

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SR – *Scoping Review*

TA – Tensão Arterial

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCERN - Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VPP – Ventilação por Pressão Positiva

Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, integrado no plano de estudos do 8.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e do 12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Esta unidade curricular tem a duração total de 750 horas, das quais 570 horas são de contato, divididas em 390 horas de estágio e 180 horas de orientação tutorial, preconizando a realização do Estágio com Relatório Final. As horas em estágio são distribuídas equitativamente pelas áreas da Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, onde é suposto que sejam desenvolvidas capacidades na “integração de conhecimentos, sua aplicação crítica, reflexão sobre as implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objectiva das suas apreciações, dos conhecimentos e raciocínios subjacentes” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

Deste modo, é espelhado o percurso formativo em estágio, que se concretizou em três serviços: internamento de Pediatria Médica de um Centro Hospitalar Universitário da Região Norte, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de um Centro Hospitalar Universitário da Região Norte e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região do Douro. Ainda como parte integrante desta unidade curricular, foi trabalhada a temática acerca dos benefícios da Colostroterapia para Recém-Nascidos Prematuros (RNP) hospitalizados, assumindo os reconhecidos benefícios do Leite Materno (LM). Deste modo, o estudo de investigação designado por “Os Benefícios da Colostroterapia para o Recém-Nascido Prematuro hospitalizado em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais” permite compreender de que forma uma prática tão simples como a da colostroterapia ao RNP, se reveste de tamanha importância, não só pelos vários benefícios que agrega, mas também pela vinculação pais-bebé que proporciona.

Face ao exposto, no presente Relatório pretende-se retratar o percurso formativo e sua relevância para a aquisição de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), bem como desenvolver, ainda, competências para a investigação com pesquisa e análise da prática baseada na evidência, através da elaboração

de uma *Scoping Review* (SR).

Assim, foram delineados como objetivos gerais deste Estágio com Relatório Final: estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, os seguintes:

- Descrever o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio;
- Refletir de forma crítica sobre as atividades concretizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Identificar os benefícios da colostroterapia para o RNP hospitalizado em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais.

Portanto, em primeira instância, realiza-se a reflexão crítica acerca das competências comuns e específicas do EEESIP, onde foi possível desenvolver e aprofundar competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, que potenciaram a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência direcionados à criança/jovem e sua família, tendo por base a evidência científica atual. Procurou-se, portanto, obter momentos de aprendizagem e interação com as Enfermeiras tutoras e Professoras orientadoras dos estágios, refletindo sobre as experiências vivenciadas e os contributos que daí advieram para um enriquecimento pessoal e profissional.

Na segunda parte deste relatório é explanado todo o processo de investigação sobre a temática “Os Benefícios da Colostroterapia para o Recém-Nascido Prematuro hospitalizado em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais”. O interesse por esta temática adveio do facto de exercer atividade profissional numa Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCERN) de um Centro Hospitalar da Região Norte, tendo-se reforçado no período de realização do estágio de Neonatologia e com a concretização do curso FINE (*Family and Infant Neurodevelopmental Education*).

É plenamente reconhecido o impacto que o LM assume na saúde de qualquer RN, vindo a ser uma temática alvo de inúmeros estudos nos últimos anos. Sabe-se, também, que o colostro, o primeiro leite gerado pela mãe, é de extrema importância para o sistema imunitário do RN, sendo reconhecido por muitos como a “primeira vacina” do RN. Porém, é relevante explorar que outros benefícios pode assumir o colostro para o RNP hospitalizado, que se encontra suscetível a complicações que podem comprometer o seu estado geral e retardar a alta clínica.

Pretende-se, assim, identificar a evidência científica atual, de forma a salientar a pertinência do tema em estudo, retirando informação relevante para a prática diária de cuidados aos RNP.

Parte I: Percorso Formativo em Estágio

1. Estágio de Pediatria

O estágio de Pediatria desenvolveu-se num serviço de internamento de Pediatria Médica de um Centro Hospitalar Universitário da Região Norte, sob orientação e supervisão de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e sob a coordenação de uma Professora orientadora.

1.1. Contextualização

Este serviço apresenta estruturalmente duas alas constituídas por quartos duplos e individuais com instalações sanitárias, numa lotação de 30 camas. Detém salas de tratamentos, salas de apoio (copa para armazenamento de leites, arrumos de diverso material de consumo clínico), áreas de enfermagem (salas para preparação de medicação, sala de reuniões), copa para funcionários, vários WC, sala para realização de vídeo EEG (Eletroencefalograma) e diversos gabinetes médicos. Conta, ainda, com uma sala equipada por uma reconhecida Fundação, para entretenimento e estudo das crianças, incluindo uma sala de estimulação sensorial.

O serviço é constituído por 29 enfermeiros (que trabalham em regime de turnos [manhã das 8h00 às 15h00, tarde das 14h30 às 21h30 e noite das 21h00 às 8h30], por método individual de trabalho), dos quais 27 são EEESIP, um enfermeiro gestor, contando ainda com uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, além da restante equipa multidisciplinar constituída por: Assistentes Operacionais, Pediatras (entre outros especialistas em colaboração, como da área de Cardiologia, Neurologia e Cirurgia), equipa de Medicina Física e Reabilitação (Fisioterapia, Terapia da Fala), Educadora Social e vários voluntários que prestam apoio; conta, também, com o apoio dos serviços Farmacêuticos, de Nutrição, Serviço Social, bem como do serviço de Imagiologia. As idades admitidas no serviço para internamento vão desde o nascimento até aos 18 anos, menos um dia.

1.2. Reflexão

Neste serviço de Pediatria Médica são internadas crianças de diversas proveniências, como da Urgência Pediátrica, Bloco Operatório, Consulta Externa, Cuidados Intensivos e de hospitais das áreas limítrofes, que permanecem ao cuidado de várias subespecialidades além da Pediatria, como a Neurocirurgia, Cardiologia, Neurologia, Gastroenterologia, entre outras. Foi, justamente, a abrangência de subespecialidades da Pediatria que se tornou desafiante no plano de aprendizagem e desenvolvimento de competências, pelo facto de exercer funções num serviço tão específico e limitado em termos de faixa etária como é o de Neonatologia, permitindo a aprendizagem de várias patologias e cuidados inerentes.

Certo é que ter uma atitude crítico-reflexiva é muito importante na Enfermagem, permitindo-nos melhorar a prática diária de cuidados, podendo mudar atitudes e comportamentos, ou adequando-os às situações com que nos deparamos, com vista ao bem-estar daqueles que cuidamos.

Embora não esteja definido de modo formal o Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey* como modelo orientador da prática de cuidados de Enfermagem, este é posto em prática nos cuidados prestados. São os pais que acompanham as crianças ao longo do internamento, e é neles que incidem, sempre que possível, os ensinamentos para capacitação da criança/família à doença, de forma a maximizar a sua autonomia e, por conseguinte, a sua saúde. Na maioria das vezes, são os pais que gerem parte dos cuidados à criança e esta capacitação só é possível por meio de empatia e confiança entre Enfermeiros e família. Tal como nos diz o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192),

considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Assim, também o Modelo dos Cuidados Centrados na Família está subjacente à prática de cuidados, com ênfase no binómio criança/família, indissociável, já que a criança se apresenta na dependência dos pais por um longo período, necessitando ainda mais deles quando existe um episódio de doença que exige internamento. Os pais são incentivados a permanecer junto aos seus filhos, podendo durante o dia permanecer ambos, facto que pode minimizar o stress associado ao internamento. Tal como nos diz Schneider e colaboradores (2020, p. 2) “a presença da família é essencial para a equipe, pois ela é o porta-voz da criança,

traduzindo seus sentimentos, atitudes e comportamentos socioculturais internalizados no mundo da vida da criança”.

Relativamente aos registos no *SClínico*, também em todas as crianças internadas é levantado o foco “Papel Parental”, com os diagnósticos “Avaliar condição do Papel Parental” e “Avaliar Papel Parental: parceria de cuidados durante a hospitalização”, com várias intervenções de Enfermagem associadas, como: “Assistir a mãe e(ou) pai a cuidar da higiene”, “Assistir a mãe e(ou) pai a posicionar”, “Assistir a mãe e(ou) pai a vestir/despir”, “Assistir a mãe e(ou) pai no suporte à criança”, “Apoiar a mãe e(ou) pai a gerir crise”, sendo estes apenas alguns exemplos das intervenções de Enfermagem que são identificadas e registadas, que denotam ambos os modelos mencionados: Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey* e o Modelo dos Cuidados Centrados na Família.

No decorrer deste percurso, foi feito o reconhecimento da estrutura física do serviço, bem como a sua articulação com outros serviços, havendo oportunidade de integração na equipa multidisciplinar. Os cuidados prestados às crianças e suas famílias são aqui muito bem estruturados e organizados por parte da equipa de Enfermagem, tendo em conta sempre a evidência científica atual, dando relevo às práticas seguras. Nos cuidados prestados, procurou-se ter sempre respeito pelas crenças e valores de cada criança e da sua família, sem juízos de valor, assegurando a confidencialidade e sigilo necessários a cada situação particular. Foi realizada a avaliação da criança e da sua família de forma holística, atendendo a todas as necessidades, permanentes ou transitórias, sempre com partilha de informação à equipa multidisciplinar, trabalhando em equipa e utilizando os recursos disponíveis da forma o mais eficiente possível. O Modelo da Parceria de Cuidados esteve sempre presente na prestação de cuidados, bem como o Modelo de Cuidados Centrados na Família, procurando-se adequar a linguagem à criança e sua família, mediante o seu grau de desenvolvimento, mostrando recetividade à expressão de emoções, efetuando ensinamentos sempre que necessário, com avaliação dos conhecimentos adquiridos por estes, com vista à promoção da sua saúde e aumento da literacia em saúde.

Contudo, houve situações de doença bastante complexas, em crianças de variadas idades, o que permitiu adquirir novos conhecimentos. Os cuidados prestados à criança e sua família foram exercidos de forma responsável, com identificação de necessidades, contribuindo para um ambiente seguro. Os cuidados realizados juntamente com a tutora foram registados no processo da criança, de forma clara e objetiva. Foi sempre uma preocupação constante o bem-estar da criança e da sua família, com ênfase no fenómeno de dor, implementando medidas para o seu alívio, sempre que possível de forma antecipatória. Tal foi possível, já que a tutora integra um grupo de trabalho relativo à gestão e controlo da dor, com um projeto em curso relativo à implementação do *Buzzy® System* (como estratégia não

farmacológica de alívio da dor em crianças), estando, portanto, mais atenta para este fenómeno, o que foi importante no plano de aprendizagem, também como área de interesse pessoal e profissional.

Foram presenciadas situações particulares de doença de crianças que provocaram sentimentos de tristeza e de revolta, procurando-se gerir isso internamente, sem expressão evidente de emoções. Foi efetuada pesquisa de termos técnicos e patologias desconhecidas, procurando ter patente um sentido crítico-reflexivo das atividades realizadas e de como poderiam ser melhoradas, com aproveitamento de todas as oportunidades concedidas para aprendizagem.

Além da passagem pelo serviço de Pediatria Médica, foi possível a realização de dois turnos no Hospital de Dia Pediátrico, o que permitiu melhorar a perceção acerca da dinâmica deste serviço e das atividades desenvolvidas pelo EEESIP. O serviço funciona em duas salas distintas: uma para tratamentos de Oncologia Pediátrica e outra relativa às restantes crianças seguidas por Gastroenterologia, Alergologia, Medicina Auto-Imunes, Nutrição, Hematologia, entre outras. Ambas as salas são em “*open space*”, com vários cadeirões para acomodar as crianças, dotadas de carros de apoio com material clínico, bem como de todos os dispositivos médicos necessários aos tratamentos.

No primeiro turno foi feito o acompanhamento do trabalho das enfermeiras na sala de Oncologia Pediátrica, que conta com duas enfermeiras, a fazer horário das 8h00 às 15h00, com entrada das 10h00 às 17h00 de mais duas enfermeiras. Destas enfermeiras, por vezes, duas são destacadas para realização de visitaçã domiciliária ou para Cuidados Paliativos Pediátricos. Esta área apresenta dois quartos fechados para tratamento de crianças que necessitem de permanecer em isolamento. Aqui são tratadas apenas as crianças que apresentem tumores sólidos, sendo as restantes encaminhadas para o Instituto Português de Oncologia. Todas as crianças que aqui fazem tratamento deslocam-se o menor número de vezes possível ao hospital, fazendo vários procedimentos e tratamentos em domicílio, sempre que possível. Todos são pesados e avaliada a estatura no primeiro contato, dado que é destes valores que depende o cálculo da quimioterapia a administrar. Regularmente, mantêm avaliação de peso e é efetuada colheita de análises. Pode haver necessidade de realização de transfusão sanguínea, antibioterapia e quimioterapia. Este serviço conta, também, com a parceria de uma reconhecida Fundação portuguesa, com apoio de uma carrinha equipada, para visitaçã domiciliária a crianças com doença oncológica.

No segundo turno foi acompanhado o trabalho das enfermeiras de outra área de tratamentos, com quatro enfermeiras presentes. Esta sala apresenta uma zona de brincar/estudo e um quarto fechado para isolamento. As marcações são efetuadas de forma

autónoma pela equipa de Enfermagem, mediante as necessidades de tratamento das crianças. Todas as crianças são pesadas à chegada, avaliados os sinais vitais, efetuada colheita de sangue e aos pais, que acompanham, é-lhes solicitado que assinem o consentimento informado para os procedimentos necessários. São efetuadas provas terapêuticas, como a prova de Clonidina (diagnóstico de atraso de crescimento) ou a prova de *Synacthen* (diagnóstico de puberdade precoce), bem como administração de Ferro endovenoso para crianças com anemia crónica, tratamentos de reposição enzimática para doenças Lisossomais, como o caso do Síndrome de *Hurler-Scheie* (doença rara), Provas de Provocação Oral (diagnóstico de alergias alimentares) e Dessensibilização ao Leite de Vaca (introdução da substância alergénica, a fim de criar no organismo a sua tolerância).

Considera-se, portanto, uma experiência relevante e enriquecedora, uma vez que não detinha qualquer perceção dos cuidados aqui exercidos. São cuidados prestados a crianças com doenças complexas e exigentes, quer para estes quer para os pais. Foi possível perceber que estas crianças e a sua família consideram estas enfermeiras como profissionais de referência, existindo uma forte empatia entre ambas as partes, até uma relação familiar, já que muitas destas crianças passam boa parte dos seus dias neste serviço em tratamento. Os cuidados são especializados, proporcionando-se sempre um ambiente seguro, com forte valorização de todas as queixas apresentadas, principalmente em relação ao fenómeno de dor, em que foram usadas todas as estratégias possíveis para diminuir a dor nos procedimentos invasivos. Apesar de nem todas as enfermeiras serem EEESIP (algumas com outras especialidades), todas são experientes no cuidado à criança e à sua família, atendendo às suas necessidades específicas. Considera-se importante salientar a boa gestão de sentimentos e emoções por parte das enfermeiras deste serviço (por vezes difícil, dadas as situações de doença com que se deparam), a comunicação assertiva e os ensinamentos adequados para aquisição de conhecimento e habilidades, tão importantes para a maximização da saúde destas crianças e suas famílias. Como fator menos positivo considera-se a não implementação, ainda, do sistema de registos informatizado numa das salas (*SClínico*), o que poderia facilitar o trabalho de enfermagem.

Apesar de estar preconizada a realização de um turno com o enfermeiro gestor do serviço de Pediatria Médica, tal não foi possível, dada a sua agenda de tarefas. Apesar disso, no primeiro dia de contato deste estágio, foram passadas algumas horas com o enfermeiro gestor, que deu a conhecer a equipa de Enfermagem e restante equipa multidisciplinar no geral, e mais importante, o trabalho paralelo aos cuidados de Enfermagem que a equipa desenvolve através de grupos de trabalho, com projetos aprovados pela administração hospitalar, nas temáticas da Dor na criança, a Família, os registos de enfermagem informatizados (*SClínico*), entre outros. Foi possível entender que é muito incentivada a

investigação no serviço, com vários colegas a ter artigos publicados, inclusive uma colega que se encontra a frequentar Doutoramento. Considera-se importante este incentivo, na medida em que, pudermos estudar e ter conhecimento da evidência científica atual só torna os cuidados mais especializados e irrefutáveis para a criança e sua família, permitindo aos Enfermeiros do serviço ser vistos como profissionais de referência. Além de tudo isto, obteve-se conhecimento das funções do EEESIP como responsável de turno, onde muitas vezes eram resolvidos problemas na ausência do enfermeiro gestor, planeamento e organização do plano de trabalho com distribuição de doentes, coordenação das equipas de Enfermagem e Assistentes Operacionais, entre outras, que refletem competências de gestão necessárias não só ao enfermeiro gestor de um serviço, mas também ao EEESIP.

Considera-se ter havido uma forte aprendizagem, desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos técnico-científicos prévios, não só ao nível de técnicas e cuidados de enfermagem, mas também ao nível do conhecimento de novas patologias complexas, crónicas e raras, seus sinais e sintomas, bem como de procedimentos médicos recentes, desenvolvendo e aperfeiçoando competências comuns e específicas do EEESIP.

2. Estágio de Neonatologia

No que concerne ao estágio de Neonatologia, este desenvolveu-se num Serviço de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios de Neonatologia de um Centro Hospitalar Universitário da região Norte, sob orientação e supervisão de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e sob a coordenação de uma Professora orientadora.

2.1. Contextualização

Este serviço, estruturalmente, apresenta dois serviços distintos, Cuidados Intermédios e Cuidados Intensivos. Os Cuidados Intermédios contam com sete vagas para Recém-Nascidos (RN), em “*open space*”, dotado de incubadoras e berços, com cadeirões para conforto dos pais, equipados com rampa de gases medicinais, monitores, bombas/seringas perfusoras, contentores para resíduos, zona de trabalho central para enfermagem e equipa médica. Os Cuidados Intensivos contam com dez vagas, cada uma delas em *box* fechada com incubadora, bombas/seringas perfusoras, monitores, rampa de gases medicinais, contentores para resíduos, ventilador, nCPAP, zona para higienização das mãos, e uma área traseira para permanência dos pais; além disso, conta com uma sala de trabalho para a equipa médica, uma sala de apoio com material de consumo clínico e uma sala para armazenamento e preparação de medicação, bem como uma zona de trabalho aberta, central ao serviço. Para servir ambos os serviços, conta com uma sala de arrumos de diverso material de consumo clínico, copa para funcionários, vários WC, diversos gabinetes médicos, uma sala de estar para permanência dos pais e um espaço com cacifos para uso dos pais aquando da visita ao serviço. Ambos os serviços são dotados de extratoras mecânicas de leite materno, para uso das mães, sempre que necessário.

Na sua totalidade, ambos os serviços contam com 47 enfermeiros (que trabalham em regime de turnos [manhã das 8h00 às 15h00, tarde das 14h30 às 21h30 e noite das 21h00 às 8h30], por método individual de trabalho) distribuídos por 7 equipas, estando 7 enfermeiros por turno (4 nos Cuidados Intensivos e 3 nos Cuidados Intermédios), uma enfermeira gestora e uma enfermeira de apoio à gestão, além da restante equipa multidisciplinar constituída por:

Assistentes Operacionais, Pediatras (entre outros especialistas em colaboração, como da área de Cardiologia, Neurologia e Cirurgia), equipa de Medicina Física e Reabilitação, contando, também, com o apoio dos serviços Farmacêuticos, de Nutrição bem como do serviço de Imagiologia/Radiologia.

2.2. Reflexão

Ter uma atitude critico-reflexiva é de extrema relevância na Enfermagem, dado que permite melhorar a prática diária de cuidados, permitindo-nos alterar comportamentos, ou simplesmente adequá-los às situações com que nos vamos deparando, com vista ao bem-estar dos RN e sua família. No entanto, nem sempre é fácil refletir no dia-a-dia de trabalho, podendo os cuidados tornar-se rotineiros, não sendo questionada a sua execução e o porquê.

O facto de este estágio ter sido realizado num serviço análogo ao qual exerço funções, mas com outro tipo de especificidades e com outros profissionais, tornou-se bastante proveitoso, permitindo observar certos aspetos por outra perspetiva. Foi possível ter, diariamente, momentos de reflexão acerca dos cuidados prestados, imediatamente após a execução dos mesmos, incutidos pela tutora, o que facilitou a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências.

Em ambos os serviços, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, são prestados cuidados diferenciados, complexos, exigentes, de elevada minúcia e, embora não existam “rotinas” estabelecidas, existe uniformidade nos cuidados, com toda a equipa a prestá-los da mesma forma e com o mesmo cuidado, dando resposta às necessidades de internamento de RN após o nascimento, sejam estes RN pré-termo ou de termo, com diversas patologias associadas.

Um dos objetivos estabelecidos inicialmente foi o de “conhecer a estrutura física e organização do serviço”. Esta etapa é fundamental para poder colaborar com a equipa na prestação de cuidados ao RN internado, indo ao encontro das práticas implementadas, favorecendo a uniformidade da prestação de cuidados, bem como a sua qualidade e segurança. Compreendeu-se que, apesar da organização e dinâmica do serviço ser diferente, a filosofia de cuidados acaba por ser a mesma no serviço onde trabalho, mas (talvez) não tão bem implementada.

A filosofia de cuidados exercida nesta Unidade Neonatal é individualizada a cada RN, centrada no seu desenvolvimento, tendo a família como principal parceiro de cuidados. O

processo, ou programa, é denominado como NIDCAP® (*Newborn Individualized Development and Care Assessment Program*), criado no início da década de 1980 por *Heidelise Als* e seus colaboradores, como forma de dar resposta ao impacto negativo exercido pelo ambiente das UCIN aos RNP. Mais tarde, foi alargado a todos os procedimentos do cuidar, bem como aos aspetos sociais envolvidos (Santos, 2011).

O NIDCAP é uma forma integrada e holística dos cuidados de desenvolvimento centrados no doente e na família. São também chamados cuidados individualizados para o desenvolvimento, e por isso não obedecem a um protocolo, mas sim a linhas de orientação para cada recém-nascido. Sabemos que o que funciona bem para um bebé pode não funcionar para outro, e o que hoje se adequa a um bebé, pode no dia seguinte não se adequar. (Guimarães, 2015, p. 100).

O papel do NIDCAP® é de minimizar as intervenções negativas a nível cerebral no RNP, procurando promover e facilitar todas as intervenções que o influenciam positivamente e que podem melhorar o seu desenvolvimento a médio e longo prazo. É, igualmente, importante que os profissionais que cuidam destes RN saibam interpretar os sinais que este transmite e que nos permitem orientar os cuidados, primeiramente através da observação cuidada do seu comportamento, fator facilitador na adequação dos cuidados a prestar (Guimarães, 2015).

Efetivamente, nesta Unidade Neonatal encontrou-se uma equipa multidisciplinar bastante alerta para esta filosofia, empenhada em cumprir estas orientações em prol do desenvolvimento adequado do RN internado. Os profissionais são treinados em NIDCAP®, sendo inclusive o Centro Hospitalar em questão o único NIDCAP® *Training Center* certificado em Portugal, habilitado a ministrar os vários cursos NIDCAP® a profissionais de saúde (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*, 2023), o que facilita a uniformidade dos cuidados existente na Unidade Neonatal deste Centro Hospitalar.

Os pais, após o impacto inicial do internamento e à medida que se vão tornando mais confiantes, são envolvidos na prestação de cuidados. Os cuidados em parceria com os pais são considerados valiosos nesta Unidade Neonatal. Os pais são encarados como parceiros, como um elemento da equipa, participando ativamente nos cuidados ao RN. No decorrer do internamento, a prestação de cuidados ao RN vai sendo alvo de negociação entre a equipa de enfermagem e o(a) pai/mãe. Envolver a família nos cuidados, além de favorecer a vinculação, prepara os pais gradualmente para a alta do bebé, uma vez que possibilita a aquisição de novos conhecimentos e competências, promovendo a sua autonomia.

Da prática neste serviço, constatou-se que é prioritário apurar se o RN se encontra estável fisiologicamente para suportar a manipulação necessária, aproveitando o momento

para, além de se agrupar o máximo de cuidados de enfermagem, o médico fazer também a sua observação/avaliação, ou outros profissionais da equipa multidisciplinar. O conforto do RN é privilegiado em todo e qualquer período do dia, tanto no posicionamento suave e com contenção, como na alimentação cuidada, com respeito pelos seus períodos de sono, como na promoção do canguru precocemente, entre outros.

Quanto à alimentação do RN, é bom exemplo disso a existência no serviço de um guia orientador para início da alimentação oral ao RNP que, naturalmente, dada a sua imaturidade, necessita de outro cuidado nesta matéria. Nele é definido um limite de Idade Gestacional (IG) para este início de alimentação oral (≥ 33 semanas), tendo igualmente em consideração a estabilidade fisiológica do próprio RN, a coordenação da sucção – deglutição – respiração, o aspeto geral (pele e mucosas coradas e tónus muscular adequado) e o próprio envolvimento do RN com a alimentação (sinais de prontidão e sinais de fome). Logicamente, é de forte importância controlar sinais de stress, prevenindo o cansaço do RN e a sua instabilidade fisiológica, que pode prejudicar o processo. Estão, também, englobadas diversas estratégias promotoras do início da alimentação oral aos RNP, promovendo-a de forma prazerosa para o RN e adequada ao seu sucesso alimentar, sendo importante também o tempo de alimentação e as pausas para eructar (Neto et al., 2019).

Este guia orientador, concebido por profissionais que exerceram ou exercem funções no serviço, resulta de anos de experiência e de investigação cuidada nesta temática, encontrando-se fortemente implementado no serviço, sendo uma ferramenta útil no cuidado com a alimentação oral do RNP. Sendo um dos objetivos iniciais o de “desenvolver habilidades na alimentação oral do RN prematuro” este guia facilitou a compreensão do processo de iniciação alimentar, despertando alguns sinais importantes e evidentes a ter em consideração em todo o processo, aos quais, anteriormente, não seria dada tanta relevância, como é o caso de alimentar o RN em contenção e em decúbito lateral, interpretando os sinais de prontidão e de fome.

Algo desconhecido e que também promove a alimentação oral é a higienização da boca do RN com leite materno, quando disponível. Esta prática permite ao RN, principalmente ao prematuro, estabelecer desde bem cedo uma relação com os pais, tendo como vantagem a prevenção de infeções, bem como proporcionar a sensação e sabor do leite materno (EFCNI, Gross et al., 2018).

Testemunhou-se uma situação específica em que o RN se apresentava bem acordado, manifestava sinais de fome e de prontidão, mas não se encontrava bem posicionado quando adaptado à mama. Após várias tentativas de adaptação, acabou por ficar com sinais de cansaço e de stress (soluços, testa franzida, alguma agitação psicomotora) e alteração do

ritmo cardíaco (elevação da Frequência Cardíaca [FC]), tendo daí resultado o insucesso num período oportuno de aleitamento materno, sendo o leite necessariamente administrado por sonda nasogástrica. O que se pôde depreender desta situação é que é conveniente aproveitar os momentos de disponibilidade do RN, havendo sentido de oportunidade para aproveitar a situação a favor do RN.

Um outro objetivo estabelecido foi o de “salvaguardar o sono do RN como fator promotor do seu desenvolvimento infantil”, constatando-se que o sono do RN é privilegiado e protegido, em todas as suas fases. O respeito pelos períodos de sono do RN é de extrema importância para o desenvolvimento neurossensorial e motor precoce. Assim, identificar o estado de sono e respeitar os seus períodos torna-se essencial, já que uma boa organização do sono é fundamental para preservar a capacidade de o cérebro mudar, de se adaptar e aprender em resposta às experiências vivenciadas. O método canguru é uma estratégia poderosa na promoção do sono em RNP, uma vez que aumenta o tempo de sono e a quantidade de sono tranquilo, melhorando os ciclos sono-vigília (EFCNI, López Maestro et al., 2018).

O agrupamento de cuidados é fundamental para a boa manutenção dos ciclos de sono, “realizando os procedimentos de acordo com os sinais do RN mantendo-o organizado” (Santos, 2011, p. 29). Nos cuidados prestados, foi tido em consideração este cuidado e respeito com o sono e os seus períodos, promovendo o conforto do RNP e o seu desenvolvimento. Os pais foram instruídos sobre a importância do sono e os seus ciclos, incentivando certos cuidados a ter, por exemplo, após as mamadas ou mantendo um ambiente circundante ao RN livre de ruído e luminosidade excessivos, promovendo este cuidado no internamento para facilitar o processo com vista à alta.

Foram, também, prestados cuidados ao RN sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), o que se revelou muito desafiante, dada a falta de experiência, daí ter sido definido o objetivo para estágio “cuidar do RN com VMI”. Os dois casos de RN em VMI eram ambos RN com Encefalopatia Hipóxico-Isquémica (EHI), secundária a partos complicados com necessidade de reanimação, tendo havido um período de asfixia perinatal, com potencial prejuízo para o RN. Tratava-se de gestações de termo, colocados sob o tratamento de Hipotermia Induzida, que “demonstra ser uma técnica segura e eficaz na redução do risco de morte ou sequelas na EHI moderada a grave” (Graça et al., 2012, p. 2). Este protocolo de tratamento, implementado nesta Unidade Neonatal há alguns anos, deve ser iniciado idealmente dentro de 6 horas, por um período de 72 horas, culminando no reaquecimento que deve ser de aproximadamente 7/8 horas. Existem alguns riscos associados a este tratamento: trombocitopenia e hipotensão, hipocaliemia, hipoglicemia, arritmias cardíacas e alterações de coagulação, podendo concluir-se daqui que os RN se encontram monitorizados

electrocardiograficamente e são efetuadas análises com regularidade dentro da janela de tratamento. Portanto, para facilitar certos procedimentos, a estes RN é-lhes colocado um Cateter Umbilical Venoso (CUV) - para administração de terapêutica e alimentação parentérica, um Cateter Umbilical Arterial (CUA) - para avaliação invasiva de Tensão Arterial (TA), ou na impossibilidade em obter este acesso, colocação de linha arterial. É realizada a monitorização cerebral através de aEEG (EEG de amplitude integrada) e NIRS (espectroscopia de infravermelho próximo) que, conjuntamente, permitem a identificação de eventos que sejam preditores de mau prognóstico. De qualquer modo, no final do tratamento é sempre realizada Ressonância Magnética (RMN).

Relativamente ao protocolo a cumprir nas 72 horas, constatou-se que este obedece a uma vigilância bastante apertada (monitorização dos dados de hora a hora em folha própria), devendo garantir-se no tempo de tratamento que todos os valores se mantêm dentro dos parâmetros estabelecidos.

O RN elegível para este protocolo, só o é obedecendo a critérios estabelecidos, no caso a um critério A + um critério B, conforme consta no Consenso Nacional da Sociedade Portuguesa de Pediatria - Hipotermia Induzida no Tratamento da Encefalopatia Hipóxico-Isquémica Neonatal (Graça et al., 2012, p. 3):

A. Critérios sugestivos de asfixia:

- Índice de Apgar ≤ 5 aos 10 minutos de vida;
- Necessidade mantida de manobras de reanimação aos 10 minutos de vida;
- Acidose com $\text{pH} < 7.0$ nos primeiros 60 minutos de vida (incluindo gases do cordão);
- Défice de bases igual ou superior a 16 mmol/L nos primeiros 60 minutos de vida.

B. Convulsões ou encefalopatia moderada a grave, definida por alteração do estado de consciência, tónus, reflexos ou autonomia respiratória.

Como critérios de exclusão, o mesmo consenso referencia os seguintes:

- Idade gestacional inferior a 36 semanas;
- RN com mais de 6 horas de vida quando é feito o contacto com a unidade de tratamento;
- RN que não possa chegar à unidade de tratamento antes de completar 12 horas de vida;
- Malformações congénitas major;
- Necessidade de cirurgia nos primeiros 3 dias de vida;
- Paragem cardio-respiratória pós-natal. (Graça et al., 2012, p. 3).

O RN é colocado em incubadora aberta, sem aquecimento e humidade, num fato próprio apelidado de *CritiCool*[®], ajustado ao seu tamanho (preferencialmente) e fechado com a devida folga (mais ou menos um dedo). É colocada uma sonda de temperatura retal, introduzida 6 centímetros, que se deve garantir que não é retirada, sendo devidamente fixada à pele. A temperatura retal alvo é de 33,5°C (+/- 0,5°C), sendo avaliada também a temperatura cutânea. É importante colocar uma almofada protetora (almofada de *Bristol*) de forma a prevenir o hipotético sobreaquecimento cerebral (Graça et al., 2012).

Nesta situação, o desconforto é significativo, sendo, portanto, importante a sedação do RN, tendo sido no caso de ambos os RN com recurso a perfusão de Morfina. Ainda assim, o facto de fazerem Morfina em perfusão contínua, não invalidou que em alguns momentos, essencialmente antes de cuidados de manipulação (troca de fralda, massagem com creme, aspiração de secreções) fossem efetuados bólus de Morfina como forma de minimizar a dor e desconforto. Constatou-se que abrir o fato regularmente e efetuar massagem com creme permite uma observação detalhada da pele e identificar eventuais zonas de pressão, prevenindo-as. Além disso, cuidar destes RN ventilados e sedados não invalida não ter o mesmo cuidado no posicionamento cuidado e suave, na troca de fralda em decúbito lateral em contenção, na restrição de estímulos luminosos e ruidosos, já que apesar de sedados, continuam reativos, manifestando por vezes sinais de stress decorrentes de estimulação excessiva, o que pode despoletar instabilidade fisiológica.

Não só neste tipo de procedimentos mais exigentes se deve privilegiar o conforto, gerindo adequadamente a dor através da administração de medicação analgésica/sedativa. Verificou-se que em todos os RN a cumprir nCPAP são prestados cuidados neste sentido. O facto de nesta Unidade Neonatal da região Norte se alternar *prongs* nasais com máscara nasal é uma boa forma de alívio de pressão no nariz, proporcionando mais conforto ao RN e menos dor numa zona de pressão por dispositivo médico, situação que não ocorre no serviço onde exerço funções, já que aí, por norma, os RN nunca fazem terapia com nCPAP de forma tão prolongada e são usados apenas *prongs* nasais. Além disso, e indo de encontro ao objetivo “valorizar o fenómeno de dor no RN”, constatou-se que nenhum RN é cateterizado, por exemplo, sem que seja feita contenção, providenciada chupeta e realizada proteção ocular da luz, além da administração de sacarose para alívio da dor, mostrando-se este conjunto de medidas farmacológicas e não farmacológicas bastante eficazes.

Outro cuidado que se pôde averiguar e pôr em prática, também decorrente da terapia prolongada com nCPAP, foi o da aplicação diária de hidrocolóide após limpeza do nariz e aplicação de protetor cutâneo. Foi interessante comprovar que este cuidado tão simples é tão eficaz na prevenção de lesões da pele, já que principalmente nos RNP a pele é imatura e mais permeável, com epiderme mais fina, correndo estes mais risco de infeções, desequilíbrio

eletrolítico e instabilidade térmica (EFCNI, Silva et al., 2018), sendo por isso tão importante ter este cuidado preventivo nas lesões da pele.

Além de todos os momentos proporcionados pela enfermeira tutora diariamente, após cada procedimento ou cada situação nova, para consolidação de conhecimentos e competências, houve incentivo para elaborar, logo no início do estágio, um portfólio com a informação dos RN atribuídos ao longo dos turnos realizados. Esse portfólio, com recurso a um impresso elaborado para o efeito (Anexo I), facilitou a elaboração desta reflexão, percecionando de melhor forma os cuidados observados e prestados, bem como todas as situações novas e os conhecimentos adquiridos daí decorrentes.

Relativamente aos objetivos estabelecidos inicialmente, ficou por concretizar a observação das atividades exercidas pelo Banco de Leite Humano, por incompatibilidade de acompanhamento do serviço no meu período de estágio. No entanto, apurou-se a existência de prescrição aos RN internados de leite humano de dadora, que é fornecido ao serviço diariamente (após pedido prévio realizado pela equipa de enfermagem), congelado e pasteurizado. Ficou, também, por executar a técnica de colocação de Cateter Epicutâneo-Cava (CEC), tendo apenas sido observada a sua colocação num RN internado.

Assim, percebe-se a dimensão e abrangência dos cuidados prestados e a dinâmica do serviço de Neonatologia, o que se tornou desafiante no plano de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Considera-se ter sido uma experiência muito enriquecedora, dotada de muita aprendizagem acerca de patologias, cuidados de enfermagem e técnicas, e também de renovação e atualização de conhecimentos, com atingimento dos objetivos inicialmente traçados. A equipa de enfermagem, e principalmente a enfermeira tutora, foram facilitadores de todo este processo, proporcionando o máximo de experiências possíveis, contribuindo positivamente para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEESIP.

3. Estágio de Saúde Infantil e Familiar

O estágio de Cuidados de Saúde Primários (CSP) desenvolveu-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região do Douro, sob orientação e supervisão de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e sob a coordenação de uma Professora orientadora.

3.1. Contextualização

Esta UCC integra-se num Centro de Saúde, que é constituído, além da UCC, por duas Unidades de Saúde Familiar (USF). Estruturalmente, esta UCC apresenta na sua entrada uma pequena sala de espera e um gabinete onde se encontra o administrativo, que faz a admissão dos utentes. Conta com cinco gabinetes de enfermagem, várias salas de arrumos, vestiário para os profissionais de saúde, copa e instalações sanitárias para profissionais e utentes.

A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar, dotada de 10 enfermeiros, de entre os quais um é EEESIP, três são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária (EEEC), duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e dois enfermeiros de cuidados gerais, trabalhando em horário fixo das 8h00 às 15h00, no método de trabalho em equipa, assente nos objetivos e projetos estabelecidos pela UCC. A equipa é, ainda, composta por uma secretária clínica e três assistentes operacionais, além de contar com apoio de Nutricionista e Psicóloga Clínica, que integram a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

3.2. Reflexão

Conforme espelha o Regulamento de Competências Comuns “Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma

realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019 de 2019, p. 4744). O mesmo documento enfatiza a importância da certificação destas competências específicas, de forma que o Enfermeiro Especialista “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento n.º 140/2019 de 2019, p. 4745).

O trabalho de Enfermagem integrado nos CSP tornou-se desafiante pela falta de contacto nesta área e, logo por aí, houve maior necessidade de investimento para colmatar algumas dificuldades na integração ao nível deste estágio, bem como na compreensão de alguns conceitos e concretização de atividades.

Os CSP são, efetivamente, a primeira linha de contacto do utente com a equipa de Enfermagem. De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008, p. 1182),

Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Todavia, deparamo-nos atualmente em Portugal com a reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a criação de Unidades Locais de Saúde (ULS), o que tem criado incerteza e incógnita acerca da sua nova organização e estatutos. Conforme menciona o Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro (2023, p. 5), o qual procede à criação das ULS,

Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde.

Assim, com a criação das ULS, espera-se que o acesso aos cuidados de saúde seja melhor, bem como a prestação dos mesmos e a comunicação entre serviços de saúde para benefício do utente, assente numa política de proximidade, que tão bem tem caracterizado os CSP ao longo dos anos.

Relativamente à prestação de cuidados de enfermagem praticados nos CSP, estes assentam na promoção e prevenção da saúde, conforme mencionado anteriormente. Isto remete-nos para o Modelo de Promoção da Saúde de *Nola Pender*, criado em 1982, que inicialmente visava apenas o indivíduo, mas com aplicação às famílias, grupos ou comunidades. Este modelo postula que cada indivíduo é um ser biopsicossocial parcialmente moldado pelo ambiente, mas também procura criar um ambiente no qual o potencial humano inerente e adquirido possa ser plenamente expresso. Compreende três áreas fundamentais a que os enfermeiros podem recorrer para avaliar os comportamentos de promoção da saúde:

características e experiências pessoais, cognição e aspeto específico do comportamento e resultados comportamentais. Além disto, este modelo incorpora elementos do processo de mudança, o que inclui um compromisso com um plano de ação e o reconhecimento de exigências concorrentes. O objetivo final é o envolvimento em comportamentos de promoção da saúde (Aqtam e Darawwad, 2018).

Neste sentido, esta UCC apresenta inúmeros projetos implementados na comunidade, no âmbito da prevenção de doenças e promoção da saúde. São eles:

- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE);
- Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE);
- Programa Escola Livre de Tabaco (PELT);
- Projeto local “Mochila Amiga”;
- Projeto “SISO” (cheque dentista);
- Projeto “Um Futuro Risonho” (saúde oral no pré-escolar);
- Projeto “Eco-Escovinha” (reciclagem de escovas de dentes na escola);
- Projeto “Saúde Oral nas Bibliotecas Escolares”;
- Projeto “Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade”;
- Projeto “Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés”;
- Projeto “Curso de Recuperação Pós-Parto”;
- Projeto “Cantinho da Amamentação”;
- Projeto “Sinto Seguro” (saúde e prevenção rodoviária de bebés, crianças e jovens);
- Projeto “Capacitar para atuar” (dirigido a crianças com Diabetes *Mellitus*);
- Programa “+ contigo” (no âmbito da saúde mental).

Portanto, denota-se pela abrangência de temáticas dos programas e projetos em vigor, que a equipa de Saúde Escolar (SE) apresenta um trabalho revestido de complexidade, tendo como dever o de se manter “preparada para os grandes desafios da contemporaneidade, que exigem uma visão alargada de uma realidade social e económica complexa e mutante, a par de continuar a ajudar as gerações de jovens a atingir a plenitude do seu potencial de saúde” (Portugal, MS, DGS, 2015, p. 10).

Deste modo, é crucial que a equipa de SE conheça a população de crianças e jovens que serve e, sobretudo, que necessidades apresentam. Este levantamento de necessidades requer trabalho multidisciplinar, através das equipas de SE, mas também da escola (pela

equipa docente e não docente) e dos pais e/ou Encarregados de Educação (EE), bem como da comunidade envolvente (Portugal, MS, DGS, 2015).

A escola deve ser inclusiva, conforme reitera o Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho, tendo todas as crianças direito ao “acesso e participação, de modo pleno e efetivo, aos mesmos contextos educativos” (2018, p. 2920). Porém, algumas crianças apresentam Necessidades de Saúde Especiais (NSE), que

Definem-se como, as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual (Portugal, MS, DGS, 2015, p. 43).

Desta forma, é essencial identificar na escola os fatores facilitadores ou barreira que influenciam a atividade escolar. Os fatores facilitadores dizem respeito aos que influenciam positivamente a realização de atividades escolares; os fatores barreira são aqueles que impedem ou limitam a participação da criança na sua vida escolar (Portugal, MS, DGS, 2015).

Para este efeito, existe também o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi), que abrange crianças desde o nascimento até aos 6 anos, apresentando vários objetivos, de entre os quais se destacam “Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento” e “Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento” (Portugal, DL n.º 281/2009, 2009).

Assim, as equipas de saúde têm a responsabilidade de garantir, atempadamente, que são detetadas, sinalizadas e encaminhados os processos de crianças para consultas para orientação específica (Portugal, MS, DGS, 2015).

O processo de referenciação às equipas de SE pode ser desencadeado pelos serviços de saúde, concretamente pelo médico de família ou pelo enfermeiro de família, ou outro profissional de saúde, pela escola, pelos pais e/ou EE diretamente à equipa de SE, pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce ou por serviços da comunidade e da rede social (OE, 2023).

Após esta referenciação, é avaliada a funcionalidade da criança através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com o intuito de identificar as condições, as necessidades e as medidas de saúde a implementar. Para esse efeito, é elaborado, juntamente com a criança e os pais e/ou EE, em entrevista presencial na UCC, um Plano de Saúde Individual (PSI), que identifica as necessidades de saúde da criança

em âmbito escolar e as respetivas medidas a implementar para as colmatar, de forma a melhorar o desempenho escolar da criança (Portugal, MS, DGS, 2015). Este PSI deve ser reavaliado entre três a seis meses depois da sua elaboração, no final de cada ano letivo (OE, 2023) ou sempre que existam alterações de relevo.

Relativamente à tipologia de NSE presentes nas crianças contidas no parque escolar da UCC, é dada prioridade às crianças/alunos que apresentem Diabetes *Mellitus* e as anafilaxias, seguindo-se todos aqueles que apresentam Epilepsia, bem como outras condições de saúde. Verificou-se, também, a existência de várias necessidades mais particulares, que são analisadas caso a caso. Em todos os casos, é solicitado aos pais e/ou EE, que forneçam atestado médico, onde se encontre descrita a situação da criança.

Depois de concretizado o PSI, este é encaminhado para a escola para o coordenador do Projeto “Promoção e Educação para a Saúde” (PES), que encaminha ao Diretor de Turma da criança/aluno e, posteriormente, é agilizada uma reunião em contexto escolar com a equipa docente e não docente, e com os pais e/ou EE da criança/aluno, para capacitação dos intervenientes. A capacitação é um dos seis eixos do Plano Nacional de Saúde Escolar 2015 (PNSE 2015) e diz respeito a “muito mais do que ter informação de saúde e compreendê-la. É estar habilitado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões.” (Portugal, MS, DGS, 2015, p. 22). Capacitar os indivíduos permite-lhes aumentar a literacia em saúde, empoderando-os e proporcionando crescimento e desenvolvimento ao nível da autonomia e responsabilidade (OE, 2023).

Posteriormente, os registos são efetuados no *SClínico*, com recurso à linguagem CIPE®, com definição dos focos de atenção, respetivos diagnósticos e intervenções de enfermagem adequadas.

Em suma, de todas as consultas de enfermagem concretizadas, denotou-se que algumas das referenciações não carecem de elaboração de PSI, uma vez que as crianças não apresentam NSE em contexto escolar, embora as apresentem em contexto familiar, bem como necessidades meramente educativas.

Neste âmbito, houve oportunidade de concretizar, juntamente com a enfermeira tutora, um novo modelo do PSI, que se encontra a ser implementado na UCC, com base no proposto pelo Guia Orientador de Boas Práticas: A Criança e o Jovem com Necessidades de Saúde Especiais em Contexto Escolar (OE, 2023), que se encontra no Anexo II.

Assim, foram fomentadas as competências relativas ao atendimento de necessidades de gestão dos cuidados, em articulação com a equipa multidisciplinar, bem como as competências relativas à assistência da criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde, cuidando nas situações de especial complexidade.

Houve, igualmente, oportunidade de reunir juntamente com a coordenadora da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI), também esta, coordenadora dos CAA (Centro de Apoio à Aprendizagem) das escolas da área de intervenção da UCC. Nesta reunião, foi possível discutir os PSI das crianças/alunos com NSE, referenciadas, e averiguar a necessidade de referenciação de outras crianças/alunos.

Proporcionou-se, ainda, uma visita a uma outra escola pertencente ao parque escolar da UCC, para conhecer uma criança/aluno com o intuito de perceber as suas reais NSE, após ter sido efetuada a consulta para elaboração do PSI juntamente com a mãe/EE, bem como clarificar alguma informação e conhecer o ambiente escolar onde a criança/aluno está inserido diariamente. Também foi possível perceber as dificuldades dos profissionais de educação neste contexto.

Relativamente ao trabalho da SE, foram feitos alguns contactos por parte de docentes de algumas escolas à EEESIP da SE, no sentido de perceber a necessidade de evicção de alguns alunos com doença contagiosa. Constatou-se a existência do Decreto-Regulamentar n.º 3/1995 de 27 de janeiro, o qual enumera as doenças que requerem evicção escolar, relativamente não só aos discentes, mas também ao pessoal docente e não docente. No mesmo Decreto é mencionado o tempo de evicção escolar mediante cada patologia.

Houve oportunidade de integrar, juntamente com o Enfermeiro de Família, em consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ), na USF. Estas consultas, mediante o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) obedecem a determinadas linhas-mestras, das quais saliento as seguintes:

Calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade;

Harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no novo Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde;

Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;

(...)

Deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção; (Portugal, MS, DGS, 2013, p. 7).

Resultante da participação nestas consultas, ressalta-se a relação de proximidade que o Enfermeiro de Família apresenta com os utentes. O Enfermeiro de Família, como recurso de proximidade, assume-se como aquele que cuida em todas as fases de vida do indivíduo e da família em que este se insere, tendo em conta o nível de prevenção primária, secundária e terciária, tendo como foco as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, deteção precoce, gestão da doença crónica e visitação domiciliária. A família é tida como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, de acordo com as fases do desenvolvimento (Portugal, DL n.º 118/2014 de 5 de agosto).

Relativamente às consultas de SIJ concretizadas em colaboração, além de ser feita a avaliação de dados antropométricos e/ou vacinação e respetivos registos no Boletim de Saúde Infanto-Juvenil e/ou Boletim Individual de Saúde (Vacinação), também foram valorizados os cuidados antecipatórios como forma de promoção da saúde e prevenção de doença, através de ensinamentos acerca de variadas temáticas, como a alimentação, o exercício físico, a prevenção de acidentes, o sono, a higiene oral, o próprio crescimento e desenvolvimento adequado em cada idade e sinais e sintomas de doença aguda.

Nas consultas de SIJ, que englobaram crianças dos 6 meses aos 5 anos de idade, foi aplicada a escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, que avalia os estádios de desenvolvimento da criança e funciona como “padrão de referência da normalidade”, permitindo ao profissional de saúde perceber se a criança se encontra a desenvolver de forma adequada (Portugal, MS, DGS, 2013). A utilização da escala permitiu consolidar conhecimentos acerca dos marcos do desenvolvimento psicomotor e fornecer informação aos pais acerca das atividades que podem promover o desenvolvimento da criança em cada estadio de desenvolvimento. Durante as consultas procurou-se “sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193).

Como recursos para a comunidade, a UCC conta, conforme descrito anteriormente, com duas EEESMO, que contam com projetos implementados na área da Preparação para o Parto e Parentalidade, Massagem Infantil e Recuperação Pós-Parto, com vista a proporcionar aos pais a resolução de problemas, potenciar competências parentais, permitir a troca de experiências, fomentando a relação dos pais com os profissionais de saúde. Conforme é definido no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Alto Risco (2015, p. 63),

Os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, ou Cursos de Preparação para o Nascimento, constituem uma modalidade de intervenção

a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez. Estes cursos permitem às mulheres/casais a partilha, a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo.

Neste sentido, tornou-se possível assistir a uma aula de Massagem Infantil, com a presença de quatro mães e respetivos RN/lactentes, e adquirir alguns conhecimentos nesta área. Num estudo acerca dos benefícios da massagem infantil, é mencionado que esta “auxilia os pais a conhecerem melhor o seu RN a partir do seu comportamento e contribui para o desenvolvimento ideal do bebé”. O mesmo estudo refere que, após a alta para domicílio do RN, uma das maiores preocupações dos pais são as cólicas abdominais, por “desencadearem irritabilidade, choro e agitação”, sendo uma condição de ansiedade (Carvalho et al., 2023, p. 7). Estes autores salientam o papel do enfermeiro, já que ao transmitir a técnica de massagem infantil aos pais, fomentam a vinculação pais/RN (Carvalho et al., 2023), dotando os pais de estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como a massagem, capacitando-os neste âmbito.

No que diz respeito à gestão, não existe na UCC um profissional de saúde que esteja adstrito a estas funções. Aliás, conforme consta do DL n.º 52/2022 de 4 de agosto (2022, p. 22), que aprova o estatuto do SNS, refere que “O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com o título de enfermeiro especialista”, bem como “Os coordenadores exercem as funções de coordenação sem prejuízo do exercício normal das suas funções profissionais”.

Portanto, e como se encontra subentendido, o enfermeiro coordenador da UCC presta cuidados na comunidade, para além das funções inerentes à coordenação, sendo ainda responsável pela dinamização de um programa de saúde dirigido à comunidade, “Saúde na Comunidade”, sendo ainda responsável pelo programa interno da UCC de Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua.

Deste modo, tornou-se um pouco difícil acompanhar o trabalho ao nível da gestão e coordenação da UCC com este profissional. Outro fator limitador do contacto com o enfermeiro coordenador foi o facto deste estágio ser num período temporal coincidente com a implementação das ULS a nível nacional, o que gerou à data alguns constrangimentos a nível local, relativamente a várias atividades da responsabilidade do coordenador, como os registos biométricos dos profissionais de saúde, fornecimento de materiais de consumo clínico, gestão de resíduos, manutenção da frota automóvel, entre outros assuntos.

Além dos objetivos inicialmente traçados, e no âmbito da melhoria contínua da qualidade, foi ministrada uma formação em serviço para a equipa de SE acerca das Competências Socioemocionais na Criança, adaptando um trabalho realizado para a unidade

curricular de Enfermagem de Saúde Infantil e Familiar, intitulado “Competências Socioemocionais na Criança: Revisão Integrativa da Literatura” (Anexo III).

Para além destes, a tutora lançou o desafio de compilar e apresentar à equipa de SE o novo Guia Orientador de Boas Práticas: O Sono na Criança e no Adolescente (OE, 2023), não tendo havido oportunidade de apresentar à equipa, devido à dificuldade em conciliar com as atividades dos profissionais e o período de estágio. No entanto, foi apresentada disponibilidade para articular com a tutora e apresentar quando for mais conveniente para a equipa (Anexo IV).

Assim, neste percurso para a aquisição de competências como EEESIP, considera-se que este estágio foi enriquecedor para a consolidação de conhecimentos previamente adquiridos, mas muito mais foram os novos conceitos obtidos. O Regulamento de Competências Comuns determina, no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que o enfermeiro especialista “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019 de 2019, p. 4745) e esta premissa foi sempre tida em conta, objetivando a prestação de cuidados de excelência, centrados na criança e sua família, “em qualquer contexto em que esta se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Regulamento n.º 422/2018 de 2018, p. 19192).

Parte II: Investigação

1. Enquadramento Teórico e Justificação

A segunda parte do presente relatório trata-se de uma *Scoping Review* (SR) que incide sobre o tema “Os Benefícios da Colostroterapia para o Recém-Nascido Prematuro hospitalizado em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais”, pressupondo a adequação dos cuidados de Enfermagem e do ambiente às necessidades encontradas perante esta problemática. Inicia-se com a apresentação do estado de arte no que diz respeito à temática em causa, assim como a justificação da relevância do estudo.

1.1. O Recém-Nascido Prematuro em Contexto Hospitalar

De acordo com a Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2023), nascem 15 milhões de prematuros, anualmente, em todo o mundo, ou seja, 1 em cada 10 Recém-Nascidos (RN) nasce prematuro. Em Portugal, cerca de 8% dos nascimentos são prematuros, sendo que a prevalência de prematuros com menos de 32 semanas é de 1,2%. Porém, os avanços científicos e tecnológicos têm permitido a sobrevivência de RN com idades gestacionais cada vez mais baixas. Portugal encontra-se em 9º lugar, entre 162 países, no que diz respeito à mortalidade neonatal, que é de 1,8 por cada 1000 nados vivos.

Portugal é um dos países com maior taxa de prematuridade da Europa, com 17 RN a nascer diariamente (PORDATA, 2019, citado por Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021). Ainda que as equipas multidisciplinares se concentrem na minimização das complicações da prematuridade e no auxílio e capacitação das famílias, a prematuridade não deixa de estar associada a um elevado risco de comprometimento neurodesenvolvimental, através de sequelas motoras, cognitivas, neurossensoriais e/ou comportamentais (Ferraz, Fernandes & Gameiro, 2022; Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2016).

A prematuridade é definida de acordo com a idade gestacional com que o RN nasce. A idade gestacional pode considerar-se como o número de semanas entre o primeiro dia do último período menstrual normal da mãe e o dia do parto, não sendo a idade embriológica real do feto, mas sim o padrão universal para definir a maturação fetal. Todos os fetos que nascem com menos de 37 semanas de gestação são considerados prematuros, podendo ser, ainda, classificados como prematuros extremos (< 28 semanas), muito prematuros (28 a 32

semanas), prematuros moderados (entre as 32 e 34 semanas) e prematuros tardios, nascidos até às 38 semanas de gravidez (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2012).

Pode caracterizar-se o RN, ainda, de acordo com o seu peso ao nascer em extremo baixo peso, se apresentar menos de 1000 gramas (g), muito baixo peso, se tiver até 2500g, considera-se peso normal entre 2500 e 3999g e macrossômico, caso tenha mais de 4001g (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] & OMS, 2004).

O parto pré-termo é espontâneo em cerca de 20 a 30% das grávidas e medicamente indicado em 35 a 40% dos nascimentos dos Recém-Nascidos Prematuros (RNP) e “resulta basicamente de quatro mecanismos patogénicos primários: ativação de mecanismos feto-maternos hormonais, de inflamação, hemorragia decidual e distensão abdominal do útero”. Todos estes mecanismos “partilham vias bioquímicas comuns de estímulo à contratilidade uterina e alterações bioquímicas que levam à rotura de membranas e à modificação das características do colo do útero” (SPN, 2016, p. 6).

Deste modo, são fatores de risco para o parto pré-termo: gravidez gemelar, história de parto pré-termo anterior, infeções urogenitais ou sistémicas, hemorragias vaginais ou outros problemas ginecológicos, stress materno crónico; dificuldades económicas, baixo nível educacional, peso muito baixo antes da gravidez, grandes alterações da quantidade de líquido amniótico, problemas sociais ou comportamentais, idade materna muito jovem, etnia negra, outras doenças crónicas ou anomalias do feto (SPN, 2016).

Todavia, existem algumas estratégias preventivas do parto pré-termo, sendo elas: “redução dos fatores de risco presentes e a melhoria da qualidade de vida, incluindo repouso e nutrição, redução do stress físico e emocional”; educação dos pais para “deteção precoce do início do parto” tais como “contrações e alterações do colo do útero”; e realização de “ecografia para medição do colo uterino e análises bioquímicas”. Estas estratégias devem “corrigir precocemente as anomalias detetadas”, “inibir ou reduzir a intensidade das contrações a fim de atrasar o parto” e “otimizar o estado geral do feto antes do nascimento” (SPN, 2016, p. 8)

Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) deve prestar cuidados que visem a prevenção de complicações ao nível da saúde física e da saúde mental do RNP, utilizando estratégias que promovam o bem-estar mental e prevenção de patologias associadas à vida precoce, intervindo em vários aspetos, como no ambiente terapêutico, “prevenção, avaliação e gestão da dor e stress”, “proteção do sono”, “atividades de vida diárias adequadas à idade, que incluem o apoio ao posicionamento, a alimentação do RN e os cuidados à pele” e “cuidados centrados na família” (Ferraz et al., 2022).

Também o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP menciona, relativamente à competência “3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, que o EEESIP deve promover a amamentação, promovendo a vinculação pais/RN, bem como deve fomentar o adequado crescimento e desenvolvimento infantil, transmitindo “orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

Assim, quando ocorre o nascimento de um RNP, há a necessidade de este, habitualmente, ser internado em unidades hospitalares de cuidados neonatais, sejam elas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) ou Unidades de Cuidados Intermédios ou, inclusive, Unidades de Cuidados Especiais ao RN (UCERN), mesmo que o RNP não apresente complicações derivadas do nascimento. Com este internamento, o RNP está sujeito a um ambiente em que os estímulos sensoriais são imensos, o que pode pôr em causa o seu neurodesenvolvimento adequado (SPN, 2016).

É reconhecido que as unidades neonatais são, cada vez mais, dotadas de alta tecnologia e, inclusive, a farmacologia sofreu fortes avanços nos últimos anos, o que aumenta a hipótese de sobrevivência dos RNP. Porém, estas unidades não reproduzem *in situ* as condições uterinas das quais o RNP foi privado pelo nascimento antecipado (Neto, 2014).

A imaturidade das estruturas anatómicas do RNP, resultante da falta de experiências num período importante do desenvolvimento cerebral, é fator significativo para o atraso no desenvolvimento de competências do RNP. Existem já programas implementados de cuidados centrados no desenvolvimento do RNP, que têm como intuito minimizar o impacto da estimulação excessiva ao RNP, consequência do ambiente tecnológico das unidades neonatais, como é o caso do NIDCAP® - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (Neto, 2014).

Para além disto, reconheceu-se, igualmente, a necessidade de individualizar os cuidados ao RNP de acordo com a sua situação de doença, proporcionando apoio e conforto e reduzindo o risco de consequências a curto e longo prazo. Para tal, e com o objetivo de emanar orientações com base científica, para que todos os profissionais de saúde que cuidam de RNP tenham a mesma atuação, surgiu a *European Foundation of Care for Newborn Infants* (EFCNI), que apresenta como objetivo o de “melhorar a situação das mães e dos recém-nascidos na Europa em todo o espectro de cuidados, promovendo e protegendo o melhor o direito ao melhor começo de vida” (EFCNI, 2021, <https://www.efcni.org/mission-and-vision/>).

1.2. Leite Materno, Colostro e Cuidados Orais ao Recém-Nascido Prematuro

O leite materno é considerado um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os RN. A sua administração exclusiva ao RN, especialmente nos primeiros seis meses de vida, é considerada a melhor forma de alimentação para o mesmo (Levy & Bértolo, 2012).

São inúmeras as vantagens do aleitamento materno e estão presentes tanto para o RN como para a mãe. No que diz respeito ao RN, previne infeções gastrointestinais, urinárias e respiratórias, contribui para uma melhor adaptação a outros alimentos e tem um efeito protetor sobre as alergias. A longo prazo, verifica-se que tem, ainda, uma grande importância na prevenção de diabetes e linfomas (Levy & Bértolo, 2012).

Outras vantagens do aleitamento exclusivo com leite materno para o RN, relacionadas com a diminuição da prevalência de certas doenças, como obesidade, otites, asma, dermatites, hipertensão arterial, enterocolite necrosante, síndrome de morte súbita, meningite por *Haemophilus influenzae* e dislipidemia. RN alimentados exclusivamente com leite materno apresentam um maior desenvolvimento cognitivo, constituindo-se, também, como uma medida não farmacológica para diminuição da dor do RN (Lopes, 2019; SPN, 2016).

A promoção do aleitamento materno é considerada tão importante que existe, inclusive, a iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés”, que refere vários pontos cruciais, tais como: “ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde”, que deve ser submetida a formação sobre a temática sempre que necessário; “informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno”; “ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento”; “não dar ao RN nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno”; “dar de mamar sempre que o RN queira”; “não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito” e “encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta” (Levy & Bértolo, 2012, p.13).

Em 2017, Portugal apresentava uma taxa de aleitamento materno de 87,1%, mas apenas 21% das mães amamentaram com leite materno de forma exclusiva seis ou mais meses (Rito et al., 2019). Neste sentido, destaca-se o papel do EEESIP, cujas intervenções autónomas se devem centrar na adaptação à parentalidade, o que inclui a promoção do aleitamento materno e dos cuidados de conforto, devendo o EEESIP ensinar e instruir os pais, “treinando-os e apoiando-os nesse papel, com vista à sua total autonomia” (Lopes, 2019, p. 38).

Nos primeiros dias após o parto, o leite materno denomina-se de colostro, apresentando-se como um líquido amarelado, dada a presença elevada de betacarotenos, sendo mais viscoso, apresentando concentrações mais altas de proteínas, minerais e vitaminas lipossolúveis e apresentando menor teor de lactose, gorduras e vitamina do complexo B (Fernandes e Santana, 2020).

O colostro contém citocinas e outras substâncias imunológicas que concedem proteção contra infecções. Para além destes, também o colostro de mães com filhos prematuros, contém fatores de proteção presentes em altas concentrações que protegem a mucosa oral do contacto com certos microrganismos, o que pode facilitar a absorção de fatores imunológicos (da Rosa Bassan et al., 2021).

O colostro é benéfico para todos os recém-nascidos, especialmente para os bebés prematuros, cujos reflexos orais (sucção, deglutição, reflexo de engasgamento) ainda não estão desenvolvidos, incluindo os que ainda não recebem alimentação oral, porque permite a sensação e o sabor do colostro e do leite materno (EFCNI, Gross et al., 2018, p. 9).

Os RNP correm o risco de sofrer mais infecções, decorrentes do seu internamento em unidades neonatais. Assim, a higiene oral constitui-se como uma atividade auxiliar no que toca à prevenção de infecções, além de proporcionar conforto, apresentando-se como parte integrante dos cuidados totais ao RNP internado (EFCNI, Gross et al., 2018).

É crucial iniciar cuidados de saúde oral adequados logo desde o nascimento. Os resultados dependem fortemente do envolvimento dos pais/cuidadores, dos profissionais de saúde e de todos os que poderão acompanhar e, de alguma forma, intervir na promoção da saúde oral nos diversos contextos em que o RN se encontrar (DGS, 2021).

Assim, torna-se relevante prestar cuidados orais aos RNP, uma vez que “Uma cavidade oral saudável é a primeira linha de defesa contra as infeções” (Digal et al., 2021, p. 1). Dada, por vezes, a instabilidade clínica dos RNP internados, estes são excluídos da alimentação oral. Os cuidados orais têm, assim, o papel de manter a cavidade oral húmida, humidade essa que proporciona uma redução da colonização bacteriana. Vários estudos avaliaram os efeitos dos cuidados orais ao RNP com água esterilizada, colostro e leite materno, no entanto, estes cuidados são realizados preferencialmente com colostro ou leite materno, devido aos seus benefícios imunológicos (Digal et al., 2021).

A terapia orofaríngea com colostro, ou simplesmente colostroterapia, recorre à colocação de colostro cru na cavidade oral do RNP, em pequenas quantidades, que interage com o tecido linfóide local da cavidade oral, o que despoleta o sistema imunitário, moldando a resposta inflamatória do RNP (Pimenta et al., 2023).

A EFCNI, no seu documento *European Standards of Care for Newborn Health* (2018), apresenta vários procedimentos de cuidados realizados aos RNP pelos profissionais de saúde, em unidades hospitalares neonatais, e tem como missão consciencializá-los de que os RNP têm necessidades especiais, devendo os cuidados ser individualizados, promovendo apoio e conforto para reduzir consequências a curto e longo prazo.

Um dos procedimentos aí retratados é o dos cuidados à boca do RNP, devendo estes ser incluídos juntamente com outros cuidados necessários para o RNP (agrupamento de cuidados). Devem ser individualizados a cada RNP, conforme o seu comportamento, sono e tolerância à manipulação. Deverão ser realizados com uma frequência, de pelo menos, 6 a 8 horas, incluindo, sempre que possível, os pais neste procedimento. Para além disto, é mencionado que o colostro, encontrando-se disponível, deve ser sempre a primeira escolha e o leite materno a segunda escolha para realização dos cuidados orais. Idealmente devem ser concretizados pelo menos uma vez num período de 12 horas e iniciados até 48 horas após o nascimento (EFCNI, Gross et al., 2018).

Deste modo, neste *standard* é descrito o procedimento para execução dos cuidados orais ao RNP, do seguinte modo:

Durante os cuidados bucais, o pessoal deve observar atentamente o estado da boca, dos lábios e da língua, a fim de efetuar uma avaliação oral completa.

- Pegar numa compressa de gaze (esterilizada), mergulhar no frasco de água esterilizada e espremer para retirar o excesso de água. Limpe os lábios do bebé para remover a pele seca ou os resíduos. Não "force" os cuidados bucais num bebé a dormir ou num bebé que não queira abrir a boca. É provável que o bebé esteja mais recetivo noutra ocasião, e é importante que a experiência seja positiva, ajudando a reduzir o risco de aversão oral, para bebés que já têm muitas experiências orais negativas.

- Deite fora a compressa e limpe com outra, se necessário. Nunca volte a mergulhar uma compressa usada no frasco de água esterilizada, pois isso irá contaminar a água com bactérias e/ou resíduos da boca.

- Embeber o cotonete com o colostro e rolar suavemente o cotonete ao longo dos lábios.

- Se a cavidade bucal for suficientemente grande, passe também o aplicador à volta da linha das gengivas e sobre a língua, com o objetivo de cobrir a cavidade bucal com uma camada de leite.

- Se os lábios estiverem secos, pode aplicar-se uma camada fina de parafina mole amarela ou de parafina líquida diretamente nos lábios, utilizando um aplicador com ponta de algodão ou um dedo com luva. Se um bebé estiver a

ser amamentado sob fototerapia, a parafina amarela suave e a parafina líquida NÃO devem ser aplicadas nos lábios do bebê, devido ao risco reduzido, mas possível, de causar queimaduras na pele, quando exposta às luzes da fototerapia.

Depois:

- Deitar fora todos os resíduos usados após o procedimento, incluindo o leite em excesso, para evitar a colonização bacteriana e a introdução de infecções.
- Assegurar que o equipamento é reabastecido e deixado no local apropriado, limpo e arrumado.
- Documentar os resultados da avaliação e intervenção oral nos registros do bebê e rever a frequência dos cuidados orais, se necessário. Que líquido utilizar para os cuidados orais.
- A avaliação da boca deve ser documentada utilizando um instrumento de avaliação da boca (EFCNI, Gross et al., 2018, pp. 12-13).

O mesmo procedimento destaca os benefícios existentes com a sua execução, sendo como benefícios a curto prazo: redução do risco de lesões cutâneas e de infecções locais e sistêmicas, bem como aumento da confiança dos pais em cuidar do RNP, e como benefícios a longo prazo a redução do risco de perturbações alimentares causadas por experiências negativas associadas aos cuidados orais neonatais (EFCNI, Gross et al., 2018).

2. Metodologia

A investigação em Enfermagem é um processo científico, sistemático e rigoroso, cuja produção e desenvolvimento são imperativos para a atualização do corpo de conhecimento da disciplina. Este conhecimento deve ser utilizado para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Vieira, 2015).

Deste modo, o planeamento de uma *Scoping Review*, bem como o estabelecimento de um protocolo, é essencial para que esta seja bem conduzida e o processo transparente, evitando a ocorrência de viés. Este protocolo previamente estabelecido permite definir os objetivos do estudo, os métodos, os critérios de inclusão e exclusão, dados relevantes, a forma como os dados serão extraídos e apresentados (Peters et al., 2020).

Assim, o protocolo estabelecido para esta revisão, respeitou os seguintes passos: formulação da questão de revisão; definição dos critérios de inclusão e exclusão; realização da pesquisa para localização dos estudos; seleção dos estudos/artigos/documentos a incluir; extração dos dados relevantes; avaliação da qualidade metodológica dos estudos; análise e síntese dos resultados; apresentação e interpretação dos resultados.

2.1. Tipo de Estudo

O presente estudo consiste numa *Scoping Review*, cujo objetivo é, sobretudo, “resumir e divulgar os resultados da investigação. Uma SR pode ajudar a descrever detalhadamente, bem como resumir e divulgar os resultados da investigação numa determinada área às partes interessadas que não têm os recursos e capacidades para a desenvolver” (Apóstolo, 2017, p. 102).

O mesmo autor defende que uma SR deve conter e/ou descrever: título, questão de revisão/investigação, população/tipo de participantes, conceito, contexto, tipos de estudos/fontes e síntese de dados.

2.2. Questão de Revisão

A questão de revisão “é fundamental para organizar a seleção dos estudos, extração de dados, mapear a evidência e explicar o seu significado” (Apóstolo, 2017, p. 103). Assim, a elaboração desta questão foi baseada na estratégia PCC - *Participants, Concept e Context* (Apóstolo, 2017), conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1 – Matriz PCC

P (<i>Participants</i>)	RNP nascidos até às 37 semanas.
C (<i>Concept</i>)	Benefícios da colostroterapia ao RNP.
C (<i>Context</i>)	Todas as intervenções realizadas e avaliadas no contexto hospitalar, concretamente nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais.

Neste sentido, considerando a temática em estudo, formulou-se a seguinte questão de revisão:

- “Quais os benefícios da Colostroterapia para o Recém-Nascido Prematuro hospitalizado em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais?”.

2.3. Objetivos

Definiu-se como objetivo geral identificar, na evidência científica, os benefícios da colostroterapia para o RNP hospitalizado em unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais.

No que concerne aos objetivos específicos, espera-se identificar os benefícios do colostro para a saúde do RNP e identificar esta prática como essencial nos cuidados diários de enfermagem nas unidades neonatais.

2.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de elegibilidade foram definidos de acordo com a mnemónica PCC, ou seja, tendo em conta os benefícios da colostroterapia para o RNP em contexto hospitalar, concretamente em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais. Os critérios definidos encontram-se explanados na Tabela 2.

Tabela 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	RNP até às 37 semanas.	Recém-nascidos de termo.
Conceito	Benefícios da colostroterapia para o RNP.	Outros benefícios não relacionados com a colostroterapia ao RNP.
Contexto	Contexto hospitalar, concretamente Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais.	Outros contextos hospitalares ou da comunidade.

Fontes incluídas: estudos disponíveis na íntegra por meio de acesso remoto.

Fontes excluídas: excluíram-se estudos não disponíveis na íntegra por meio de acesso remoto.

Horizonte temporal: estudos publicados entre 2017 e 2023.

Idiomas: Português, Inglês e Espanhol.

2.5. Estratégia de Pesquisa

A pesquisa dos estudos a integrar na *Scoping Review* foi realizada no mês de novembro de 2023, no motor de busca Biblioteca do Conhecimento Online (B-On), assim como nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* ([MEDLINE], na EBSCO) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* ([CINAHL], na EBSCO), recorrendo à frase de pesquisa de acordo com o modo de pesquisa booleano, conforme consta na Tabela 3.

Os descritores usados na formulação da pesquisa foram previamente validados na plataforma Descritores em Saúde e *Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH) no site <https://decs.bvsalud.org/>. O uso da truncatura “*” permitiu a pesquisa de palavras que se iniciam com o mesmo prefixo.

Tabela 3 – Estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados eletrônicas

Base de dados	Formulação	Resultados
B-On	“premature infant*” OR “premature bab*” OR “premature newborn*” OR “premature neonate*” AND “colostrum” [MeSH] OR “colostrum therapy”	47
MedLine	“premature infant*” OR “premature bab*” OR “premature newborn*” OR “premature neonate*” AND “colostrum” [MeSH] OR “colostrum therapy”	18
CINAHL	“premature infant*” OR “premature bab*” OR “premature newborn*” OR “premature neonate*” AND “colostrum” [MeSH] OR “colostrum therapy”	8
Total		73

2.6. Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos

Segundo menciona a *Joanna Briggs Institute* (JBI), os estudos que sejam elegíveis para inclusão numa SR devem ser avaliados relativamente à sua qualidade metodológica, havendo inúmeros instrumentos disponíveis para o efeito, os quais permitem aos revisores classificar determinados critérios essenciais para a determinação da qualidade dos estudos envolvidos. Assim, os revisores devem utilizar estes instrumentos de forma isolada, não tendo conhecimento da avaliação um do outro ao longo do processo, mas havendo necessidade de consenso e, em caso de divergência, devendo ser incluído um terceiro revisor para acordo (Aromatis e Munn, 2020).

Deste modo, nesta SR, optou-se por efetuar a avaliação da qualidade metodológica dos estudos obtidos, concretizada por dois revisores independentes, com recurso a quatro instrumentos de avaliação da JBI, de acordo com o desenho do estudo. Assim sendo, dois estudos foram avaliados através do instrumento *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Synthesis*, um através do *JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies*, um pelo *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies* e outro pelo *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials* (Anexo V).

Sempre que possível, os revisores chegaram a consenso relativamente à inclusão, ou não, dos estudos na SR. Quanto aos instrumentos usados para avaliação da qualidade metodológica da JBI, os revisores concordaram em considerar para a SR estudos com um máximo de duas respostas negativas na sua avaliação de qualidade metodológica, considerando, assim, os estudos de qualidade aqueles que apresentam um *score* superior a 75%.

2.7. Extração dos Dados

Finda a leitura integral dos estudos incluídos, constituiu-se uma tabela síntese das informações mais relevantes a retirar dos estudos selecionados, permitindo a sua melhor compreensão e comparação.

Assim, e no que concerne à extração de dados, este processo tem como objetivo o levantamento de informação pertinente acerca dos estudos incluídos, fornecendo uma descrição pormenorizada dos resultados, alinhando-se com os objetivos e questão de revisão/investigação (Aromatis e Munn, 2020). Desta forma, a JBI recomenda a elaboração de uma ferramenta para recolha de dados, tais como: autor(es), ano de publicação, país de origem, objetivos do estudo, a metodologia usada, o tipo de intervenção e a sua duração (se aplicável), os resultados e as principais conclusões.

De seguida, apresenta-se a tabela síntese de extração de dados dos estudos incluídos constituído para este efeito na presente SR.

Tabela 4 – Tabela síntese de Extração de Dados dos Estudos Incluídos

Autor(es)	
Título	
Ano de Publicação	
País	
Objetivo	
Desenho do Estudo	
Amostra	
Métodos	
Resultados	
Score de Qualidade Metodológica	

Fonte: Baseado em JBI Manual (Aromatis e Munn, 2020)

3. Resultados

Da pesquisa avançada realizada, mediante a metodologia descrita anteriormente, resultaram 73 artigos, que foram transferidos para a plataforma *Rayyan*[®] para triagem. Primeiramente, foram excluídos os duplicados, ficando um total de 53 artigos para triar. Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, e através da leitura do título, foram selecionados 12 estudos, com o objetivo de ler o respetivo resumo. Após a leitura do resumo, foram eliminados 2 estudos, sobrando assim 10 estudos para leitura integral. Após a leitura integral, selecionaram-se finalmente 5 estudos que constituíram a amostra da presente SR, tendo sido feita a avaliação da qualidade metodológica através das *check-lists* adequadas aos estudos da JBI (Anexo V), conforme descrito anteriormente. Este processo foi conduzido por dois revisores independentes.

O processo de seleção dos estudos encontra-se espelhado no fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* ([PRISMA], Page et al., 2020) conforme a Figura 1.

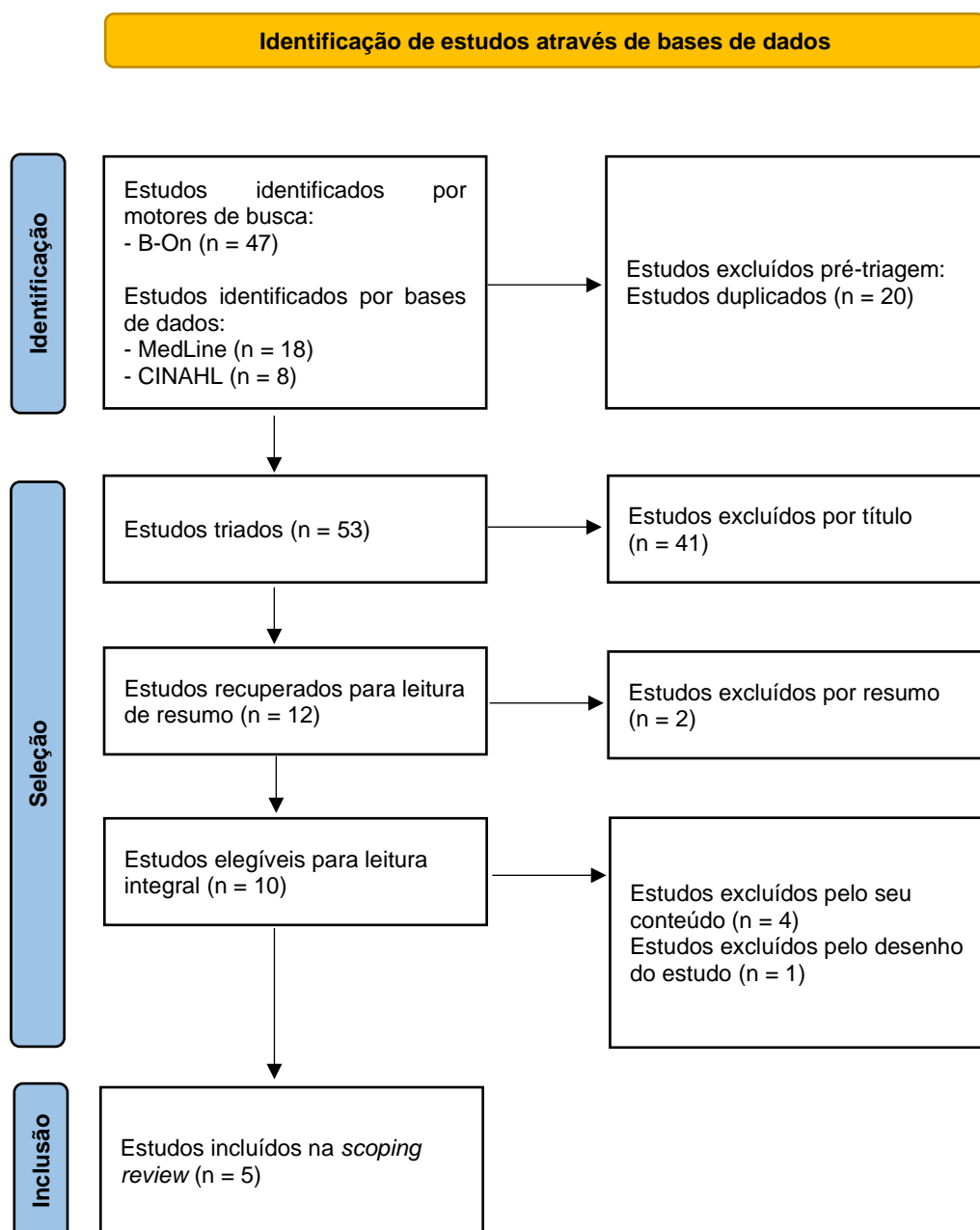


Figura 1 - Fluxograma PRISMA.

Fonte: Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906.

A presente SR é composta por cinco estudos, sendo um de 2021(E1), três de 2022 (E2, E3, E4) e um de 2023 (E5). De entre eles, quatro foram realizados no Brasil (E1, E2, E3), um no México (E4) e outro na China (E5).

No que diz respeito ao desenho dos estudos, um é um ensaio clínico não randomizado (E3), um estudo observacional longitudinal (E1), dois são revisões sistemáticas (E2, E5) e um é ensaio clínico randomizado (E4). As amostras abordadas nos estudos são semelhantes, sendo constituídas por recém-nascidos prematuros.

Todas as investigações analisadas vão ao encontro do mesmo resultado, que dá resposta à questão de revisão: a administração de colostro a nível orofaríngeo é benéfica em recém-nascidos prematuros, reforçando o seu sistema imunológico, prevenindo várias doenças associadas à prematuridade e reduzindo as taxas de mortalidade precoce. Nas Tabelas 5 a 9 encontram-se as principais características dos estudos selecionados.

Relativamente ao estudo E1 (Cortez et al., 2021), este teve como objetivo avaliar os efeitos da administração orofaríngea de colostro no estabelecimento da microbiota oral do RNP, através da realização de um estudo observacional longitudinal. Numa amostra de 20 RNP, estes foram divididos em dois grupos, o grupo de controlo e o grupo experimental, este último sujeito à administração orofaríngea de colostro. O procedimento nos dois grupos decorreu desde o dia do nascimento até ao 21.º dia de vida, sendo recolhidas amostras salivares dos RNP semanalmente para análise da microbiota oral. Neste estudo, os autores concluíram que a administração de colostro orofaríngeo é muito importante para a colonização da microbiota oral, promovendo a sua maturação precoce, denotada pelo aumento relevante de bactérias benéficas. No entanto, salientam a importância de mais estudos a realizar, dado que a microbiota do RN é mutável ao longo do tempo (Tabela 5).

Tabela 5 – E1: *Impact of Oropharyngeal Administration of Colostrum in Preterm Newborns' Oral Microbiome*

Autor(es)	Cortez, R. V., Fernandez, A., Sparvoli, L. G., Padilha, M., Feferbaum, R., Neto, C. M., & Taddei, C. R.
Título	<i>Impact of Oropharyngeal Administration of Colostrum in Preterm Newborns' Oral Microbiome</i>
Ano de Publicação	2021

País	Brasil
Objetivo	Avaliar os efeitos da administração orofaríngea de colostro no estabelecimento da microbiota oral de recém-nascidos prematuros.
Desenho do Estudo	Estudo observacional longitudinal.
Amostra	20 RNP, sem malformações ou síndromes genéticos, nem qualquer outro tipo de anomalia.
Métodos	Os RNP foram divididos em dois grupos: grupo de controlo e grupo experimental, ao qual foi aplicado um protocolo de administração orofaríngea de colostro. Colheram-se amostras de saliva dos RNP semanalmente, durante o período do estudo (do dia do nascimento até o 21.º dia de vida), para análise da microbiota oral através do sequenciamento do gene 16S rRNA.
Resultados	A administração orofaríngea de colostro é crucial para a colonização da microbiota oral de RNP, pois promove uma maturação precoce da cavidade oral, comprovada pelo perfil bacteriano encontrado após a administração do colostro, com aumento da abundância de bactérias benéficas, como <i>Staphylococcus</i> , <i>Bifidobacterium</i> e <i>Bacteroides</i> . Observou-se, ainda, que a microbiota oral do RN é dinâmica e muda ao longo do tempo, o que demonstra a necessidade de realizar ensaios extensos que abordem a inclusão desta intervenção como protocolo padrão para RN prematuros.
Score de Qualidade Metodológica	100% (alto)

O estudo E2 (Colonetti et al., 2022) trata-se de uma revisão sistemática e meta-análise, que teve como objetivo a revisão das evidências científicas sobre a colostroterapia em RNP e sua relação com o sistema imunitário. A amostra foi constituída por doze estudos, com um total de 996 participantes. Resultante da pesquisa efetuada, os autores concluíram que a colostroterapia parece ter efeito no aumento dos níveis de lactoferrina na urina, uma semana após a intervenção. A lactoferrina apresenta propriedades antimicrobianas, antioxidantes, antiinflamatórias, anticancerígenas e reguladoras do sistema imunológico (Tabela 6).

Tabela 6 – E2: Colostrum Use and the Immune System of Premature Newborns: A Systematic Review and Meta-Analysis

Autor(es)	Colonetti, T., de Carvalho Florêncio, I., Figueiredo, P., Colonetti, L., Rodrigues Uggioni, M. L., da Rosa, M. I., Caretta, L. B., Roever, L., & Grande, A. J.
Título	<i>Colostrum Use and the Immune System of Premature Newborns: A Systematic Review and Meta-Analysis</i>
Ano de Publicação	2022
País	Brasil
Objetivo	Rever, de forma crítica, as evidências científicas sobre a colostroterapia em RNP e explorar as suas influências no sistema imunitário.
Desenho do Estudo	Revisão sistemática e meta-análise.
Amostra	12 estudos com 996 participantes.
Métodos	Revisão sistemática realizada de acordo com o fluxograma PRISMA, sendo que a pesquisa foi realizada em março de 2021, nas bases de dados Medline, <i>Scopus</i> , <i>Web of Science</i> , <i>Cochrane Library</i> e Embase. Dois revisores independentes examinaram todos os títulos, resumos e textos completos para elegibilidade.
Resultados	O colostro parece ter efeito no aumento dos níveis de lactoferrina na urina dos RN, após 1 semana de intervenção. A lactoferrina é uma glicoproteína presente no colostro e no leite, que é considerada uma molécula com propriedades antimicrobianas, antioxidantes, antiinflamatórias, anticancerígenas e reguladoras do sistema imunológico.
Score de Qualidade Metodológica	90,90% (alto)

Quanto ao estudo E3 (Perez et al., 2022), este teve como objetivo clarificar a influência da administração de colostro orofaríngeo a RNP com suspeita de septicemia neonatal precoce. Trata-se de um estudo clínico não randomizado, com uma amostra de 20 RNP internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. O procedimento instaurado consistiu na administração de colostro cru na orofaringe dos RNP até ao 5.º dia de vida sendo, à posteriori, colhidas amostras de sangue. Os autores constataram que os RNP atingiram mais rapidamente o peso de nascimento quando receberam o colostro por via orofaríngea,

nos primeiros dias de vida, comparativamente com os RNP que não foram alvo desta intervenção. Assim, através deste estudo, os autores puderam concluir que a administração de colostro se tornou crucial na prevenção de septicémia neonatal precoce associada usualmente ao muito baixo peso à nascença (Tabela 7).

Tabela 7 – E3: *Sepse precoce do recém-nascido prematuro e uso de colostro materno*

Autor(es)	Perez, C., Tomaz, D. M. C., de Souza Martins, A., & Palhares, D. B.
Título	Sepse precoce do recém-nascido prematuro e uso de colostro materno
Ano de Publicação	2022
País	Brasil
Objetivo	Elucidar a influência da administração do colostro materno na orofaringe de RNP com suspeita clínica de septicémia neonatal precoce.
Desenho do Estudo	Estudo clínico não randomizado.
Amostra	20 RNP, internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público.
Métodos	Foi administrado colostro cru na mucosa orofaríngea dos RNP, até ao 5.º dia de vida completo. Posteriormente, foram colhidas amostras de sangue para complementar o diagnóstico.
Resultados	Os RNP que receberam o colostro oral na orofaringe nos primeiros dias de vida atingiram mais rápido o peso de nascimento, quando comparados aos que não receberam. Deste modo, a administração de colostro é considerada crucial na prevenção de septicémia neonatal precoce, normalmente associada ao muito baixo peso à nascença.
Score de Qualidade Metodológica	100% (alto)

O estudo E4 (Romero-Maldonado et al., 2022) realizado no México, teve como objetivo essencial avaliar o efeito da administração orofaríngea de colostro nos primeiros 4 dias de vida de RNP, pela concentração sérica de Ig, e qual o seu impacto ao nível da morbidade neonatal, bem como nos dias de internamento. Como desenho do estudo em questão, tratou-se de um ensaio clínico randomizado duplamente cego, cujos participantes foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos: o grupo experimental, alvo da intervenção (administração de colostro por via orofaríngea) e o grupo de controlo, ao qual foi administrado um placebo. A administração de colostro ou placebo foi iniciada nas primeiras 24 horas de vida dos RNP, com intervalos de 4 horas, durante 4 dias. As mães extraíam colostro duas vezes por dia, mesmo não sabendo a que grupo o seu RNP estava atribuído. O procedimento, realizado pela enfermeira, consistia na administração 0,15mL (aproximadamente 3 gotas) de colostro ou placebo na mucosa oral direita e esquerda, por um período mínimo de 1 minuto, direcionando a extremidade da seringa para a parte posterior da orofaringe, num total de 3mL administrados por tratamento. Foi possível constatar aos autores que, através da administração de colostro orofaríngeo, houve um aumento da concentração sérica de IgA no 28.º dia de vida do RNP, comparativamente com o grupo que recebeu o placebo. Do mesmo modo, a administração de colostro orofaríngeo promoveu a introdução alimentar enteral mais precocemente, contribuiu para um ganho de peso mais rápido e, ainda, para a diminuição dos dias de internamento (Tabela 8).

Tabela 8 – E4: *Effect of Oropharyngeal Administration of Colostrum in Premature Newborns ≤ 32 Weeks of Gestation on the Immune Response and Neonatal Morbidity: A Double-Blind Randomized Clinical Trial*

Autor(es)	Romero-Maldonado, S., Soriano-Becerril, D. M., García-May, P. K., Reyes-Muñoz, E., Muñoz-Ortíz, E., G., Carrera-Muñiz, S., Granados-Cepeda, M., L., Cardona-Pérez, J. A., Castro-Millán, E., Segura-Cervantes, E., Ceballos, G., & Montoya-Estrada, A.
Título	<i>Effect of Oropharyngeal Administration of Colostrum in Premature Newborns ≤32 Weeks of Gestation on the Immune Response and Neonatal Morbidity: A Double-Blind Randomized Clinical Trial</i>
Ano de Publicação	2022
País	México

Objetivo	Avaliar o efeito da administração orofaríngea de colostro <i>versus</i> placebo nos primeiros 4 dias de vida em RNP \leq 32 semanas de gestação na concentração sérica de Ig, morbidade neonatal e total de dias de internamento.
Desenho do Estudo	Ensaio clínico randomizado duplo-cego.
Amostra	Todos os RNP \leq 32 semanas de gestação de 1 de junho de 2018 a setembro de 2019.
Métodos	Os participantes foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: grupo 1 (placebo) e grupo 2 (colostro). A administração de colostro ou placebo foi iniciada dentro de 24 horas após o nascimento, a cada 4 horas, durante 4 dias. As mães extraíam o colostro duas vezes ao dia, independentemente do grupo ao qual os RN foram atribuídos. A enfermeira administrou o colostro ou placebo, gota a gota, na mucosa orofaríngea do RN. Durante a administração, a enfermeira coloca a ponta da seringa na boca do RN, junto ao tecido da mucosa bucal direita e esquerda, administrando 0,15mL (aproximadamente três gotas) de colostro em cada bochecha, durante um período mínimo de um minuto, com a ponta direcionada para a parte posterior da orofaringe, perfazendo um total de 3mL administrados por tratamento.
Resultados	Em RNP com \leq 32 semanas de gestação, a colostroterapia iniciada nos primeiros 4 dias após o nascimento aumenta a concentração sérica de IgA, ao 28.º dia, em comparação com o placebo. Da mesma forma, a colostroterapia traduziu-se na introdução da alimentação enteral mais cedo, assim como no aumento do peso mais rápido e, também, na redução do total de dias de internamento.
Score de Qualidade Metodológica	92,30% (alto)

O estudo E5 (Fu et al., 2023), trata-se de uma revisão sistemática e meta-análise, com o objetivo de avaliar a administração orofaríngea de colostro em RNP, bem como verificar a frequência e duração ideais desta administração, pela análise de subgrupos. Numa amostra com o total de 1736 RNP (incluídos em 16 ensaios clínicos randomizados), depois de cumpridos todos os passos de análise de dados, os autores puderam constatar que a administração de colostro orofaríngeo pode reduzir a incidência de enterocolite necrosante, septicemia tardia, intolerância alimentar e mortalidade. Pode, igualmente, reduzir o tempo para alimentação enteral completa, levando também a uma recuperação mais rápida do peso

de nascimento em RNP. Os autores constataram que, relativamente à frequência apropriada de administração, esta pode ser de 4 horas, com uma duração de 8 a 10 dias, idealmente (Tabela 9).

Tabela 9 – E5: *The effect of oropharyngeal colostrum administration on the clinical outcomes of premature infants: A meta-analysis*

Autor(es)	Fu, Z. Y., Huang, C., Lei, L., Chen, L. C, Wei, L. J., Zhou, J., Tao, M., Quan, M. T., & Huang, Y.
Título	<i>The effect of oropharyngeal colostrum administration on the clinical outcomes of premature infants: A meta-analysis</i>
Ano de Publicação	2023
País	China
Objetivo	Avaliar o efeito da administração de colostro orofaríngeo em RNP e explorar a frequência e duração ideais da administração de colostro orofaríngeo, através da análise de subgrupos.
Desenho do Estudo	Revisão sistemática e meta-análise.
Amostra	1736 RNP foram incluídos em 16 ensaios clínicos randomizados.
Métodos	Realizou-se pesquisa nas bases de dados <i>Cochrane Library, PubMed, Web of Science, ScienceDirect</i> e <i>Ovid</i> , na procura de ensaios clínicos randomizados que abordassem a administração de colostro orofaríngeo em RNP. A literatura foi, depois, analisada por dois investigadores independentes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, que avaliaram também a qualidade metodológica.
Resultados	A administração de colostro orofaríngeo pode reduzir a incidência de enterocolite necrosante, septicémia tardia, intolerância alimentar e mortalidade, assim como reduzir o tempo para alimentação enteral completa e levar a uma recuperação mais rápida do peso ao nascer em RNP. A frequência apropriada de administração do colostro orofaríngeo pode ser de 4 horas e a duração ideal pode ser de 8 a 10 dias.
Score de Qualidade Metodológica	90,90% (alto)

4. Discussão

Esta SR permitiu identificar na evidência científica atual a existência de diversos benefícios para o RNP hospitalizado, quando lhe é administrado colostro materno.

Um RN é considerado prematuro se o parto ocorrer antes das 37 semanas de gestação, existindo subcategorias de prematuridade, com base na idade gestacional: extremamente prematuro (menos de 28 semanas); muito prematuro (28 a 32 semanas) e prematuro moderado/tardio (32 a 37 semanas). A vulnerabilidade acrescida que os RNP apresentam à nascença deve-se à imaturidade de quase todos os seus sistemas e órgãos, o que os tornam mais suscetíveis a comorbidades (E2, E5, E3, E4).

Anualmente, entre 5 a 18% de todos os partos são prematuros. A prematuridade é a principal causa de 70% das mortes neonatais, 36% das mortes infantis e cerca de 25% dos problemas neurológicos que afetam as crianças, a longo prazo. São, ainda, a segunda principal causa de morte em crianças menores de 5 anos de idade. Devido ao desenvolvimento imaturo inerente, os RNP frequentemente apresentam múltiplas complicações após o nascimento, como enterocolite necrosante, septicemia tardia, displasia broncopulmonar e retinopatia da prematuridade (E5, E2).

O desenvolvimento da microbiota oral neonatal inicia-se ainda na vida intrauterina, quando a colonização é realizada através do líquido amniótico, das membranas intrauterinas e do mecônio. A composição da microbiota oral em RN é crucial para o desenvolvimento da sua imunidade e saúde em geral, uma vez que alterações a este nível podem predispor os RNP ao aparecimento de infeções ou doenças à nascença. No entanto, ao contrário dos adultos, a microbiota oral dos RN é dinâmica e mais facilmente influenciável pela alimentação (E1).

No período pós-natal, em especial nos RNP, sabe-se que o leite materno é o grande responsável pela transferência de macro e micronutrientes, como proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas, minerais e bactérias benéficas para o sistema imunitário. O leite materno contém biofatores protetores imunológicos e tróficos, que fornecem funções antimicrobianas, antiinflamatórias e imunomoduladoras, fundamentais para o desenvolvimento e maturação do sistema imunitário do RN (E2, E1, E5, E3, E4).

O colostro, o primeiro leite humano segregado após o nascimento, possui componentes bioativos que contribuem para a maturação do sistema imunitário do RNP, nomeadamente IgA secretora, lactoferrina, citocinas pró-inflamatórias e anti-inflamatórias e fatores de crescimento. A principal função do colostro é promover nutrientes essenciais para o fortalecimento do sistema imunitário do RN, através da modelação da resposta imunitária, do equilíbrio da microbiota intestinal, do aumento e da reparação dos tecidos (E2, E5, E3, E4).

Nas mães de RNP, cujo sistema imunitário é ainda mais imaturo, a composição do leite materno é diferente, sendo que o colostro de mães que tiveram parto prematuro apresenta maior quantidade de proteínas e oligossacarídeos, quando comparado ao colostro de mães que tiveram parto de termo. Pode afirmar-se que o componente mais importante no leite materno são os oligossacarídeos, um tipo de açúcar não digerível, extremamente importante para o desenvolvimento dos RNP (E2, E1, E3, E4).

Estudos efetuados nesta área mostram que, quanto mais precoce for o parto, maior será o tempo até encerrarem as ligações entre células das glândulas mamárias, o que poderá permitir maior passagem de substâncias imunes para o colostro, significando que o RN se encontra mais protegido contra infeções (Pimenta et al., 2023), podendo considerar-se a administração do colostro como uma imunoterapia.

Os RNP apresentam necessidade de internamento em UCIN, onde a administração de dieta enteral é limitada, seja pela imaturidade do aparelho digestivo ou pelo estado clínico do RN, que muitas vezes limitam, inclusive, a sua capacidade de sucção. Conhecendo os benefícios do fornecimento do colostro materno para o sistema imunológico do RN, foram sendo desenvolvidas técnicas alternativas para possibilitar a sua administração, entre elas a colostroterapia (E2, E1, E5, E3).

A colostroterapia é uma terapia indolor e segura, que expõe a mucosa orofaríngea do RNP a pequenas quantidades de colostro cru, para que seja possível a sua absorção, estimulando, assim, o desenvolvimento do sistema imunológico do RNP. Esta imunoterapia consiste na aplicação de uma pequena quantidade de colostro na mucosa oral do RNP, utilizando sondas oro ou nasogástricas por gavagem, através da administração direta na orofaringe com um cotonete estéril ou um aplicador oral ou, em RNP com capacidade de sucção e coordenação, diretamente do seio materno (E2, E1, E3, E4).

A colostroterapia é incentivada por vários autores, tal como a instituição de um protocolo de atuação que ajude a facilitar o processo de atendimento clínico, organizar o processo de trabalho da equipa, sistematizar o atendimento, padronizar a tomada de decisões e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados, devendo ser realizado em parceria com a família, sempre que possível (E2, E1, E5, E3, E4). A constituição de um protocolo de

administração de colostro na orofaringe em RNP demonstra-se como uma estratégia plausível em UCIN, já que através desta terapia se verifica a absorção dos fatores imunoprotetores do colostro através dos tecidos linfóides da orofaringe (da Cruz Martins et al., 2020).

Aconselha-se que, previamente à administração de colostro a nível da orofaringe, seja analisada a dosagem secretora de IgA no 1.º e 5.º dias de vida do RNP. O protocolo deve ser explicado de forma clara e explícita às mães dos RNP, que se devem dirigir ao banco de leite humano hospitalar para apoio, incentivo à amamentação e estimulação da lactogénese, assim que se encontrem clinicamente estáveis após o parto (da Cruz Martins et al., 2020).

De destacar que nem sempre é possível alimentar todos os RNP e/ou com baixo peso com o leite da própria mãe, sendo que, nestes casos, a OMS recomenda o uso de leite pasteurizado de dadora para RN com baixo peso ao nascer. Nestes casos, ainda que a concentração de oligossacarídeos do leite humano permaneça inalterada, através da pasteurização, é promovida a inativação de alguns componentes presentes no leite materno, tais como interferon gama, fator de necrose tumoral alfa, interleucina 1 beta, interleucina 10 e fator de crescimento de hepatócitos (E1).

O colostro deve ser colhido no banco de leite humano, dividido em porções, armazenado e distribuído na UCIN. A produção de colostro é reavaliada nas 72 horas seguintes. A administração deve ser 0,1mL de colostro, o equivalente a 2 gotas, num período de 5 segundos, na mucosa orofaríngea direita, repetindo o procedimento na mucosa orofaríngea esquerda. A administração pode ser a cada 4 horas (E5, da Cruz Martins et al., 2020).

Os sinais vitais do RN devem ser monitorizados, esperando-se que a temperatura se mantenha entre os 36,5 graus centígrados (°C) e os 37,4°C; a frequência respiratória entre 40 a 60 respirações por minuto; a pressão arterial diretamente proporcional à idade gestacional, idade pós-natal e peso ao nascer; frequência cardíaca entre 100 a 180 batimentos por minuto e saturação periférica de oxigénio acima de 93% (da Cruz Martins et al., 2020).

A colostroterapia deve ser suspensa entre o 8.º e o 10.º dia de vida do RNP. A imunoterapia com colostro a nível orofaríngeo é contraindicada em RNP clinicamente instáveis, que estejam a receber terapia vasopressora superior a 10 microgramas/quilograma/minuto, que requeiram intervenção cirúrgica imediata e/ou apresentem síndromes ou malformações congénitas (E5, da Cruz Martins et al., 2020).

A administração orofaríngea de colostro, ou colostroterapia, é uma intervenção segura, viável e bem tolerada pelos RNP, incluindo prematuros extremos. Recomenda-se a realização da intervenção ao longo de 30 dias, verificando-se que a aplicação de um protocolo de colostroterapia tem vários benefícios, tais como: aumento da IgA, IgM, resistina e lactoferrina;

redução do tempo de internamento; estimulação do crescimento de bactérias benéficas na cavidade oral, nomeadamente *Staphylococcus* e *Streptococcus*; transferência de bactérias específicas do leite materno para o intestino do RNP, alterando e ajudando no desenvolvimento da composição da microbiota intestinal; menor risco de desenvolvimento de enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular grave; menor incidência de septicemia; redução do tempo de passagem para alimentação enteral completa e para atingir o peso de nascimento (E2, E1, E5, E3, E4, da Cruz Martins et al., 2020).

Também da Rosa Bassan e seus colaboradores (2021) constataram no seu estudo acerca da colostroterapia e leite materno como prevenção da enterocolite necrosante, considerada uma das maiores emergências gastrointestinais em RNP, que o uso precoce de leite materno e o recurso à colostroterapia é um dos principais fatores de redução da incidência desta complicação em RNP hospitalizados.

A presença de *Staphylococcus* e *Streptococcus*, considerados colonizadores precoces, na mucosa oral do RNP, promove o desenvolvimento de colonizadores posteriores, através da produção de polissacarídeos e adesinas. As bactérias que não aderem à mucosa oral são deglutidas e participam na colonização intestinal do RNP, resultando numa grande semelhança na composição da microbiota oral e intestinal (E1).

Os mesmos autores (E1) verificaram que a mucosa intestinal apresenta, também, bactérias da espécie *Bifidobacterium*, responsáveis pela metabolização de oligossacarídeos, e da espécie *Bacteroides*, responsável pela metabolização de moléculas complexas no intestino, o que auxilia o sistema imunológico do RNP a combater fatores patogénicos.

O aumento de lactoferrina na corrente sanguínea do RNP é, também, um grande benefício a mencionar. A lactoferrina é uma glicoproteína que possui a capacidade de se ligar ao ferro, tendo propriedades antimicrobianas, antioxidantes, antiinflamatórias, anticancerígenas e reguladoras do sistema imunológico (E2, E4).

Já a IgA secretora consiste num anticorpo que inibe a ligação de agente patogénicos ao sistema respiratório e à barreira epitelial da mucosa gastrointestinal, mantendo a integridade dos sistemas respiratório e gastrointestinal, o que explica o porquê da sua presença no colostro ser tão benéfica para o RNP (E2, E3, E4).

Alvarenga e Bhering (2022) referem que, apesar de poucos estudos apoiarem a prática da colostroterapia, os estudos existentes sugerem que é uma medida profilática segura e viável contra a septicemia e pneumonia associada à VMI. Para além disto, mencionam que a modulação imunoinflamatória e a melhoria do crescimento da microbiota intestinal podem reduzir o aparecimento de infeções, potenciando a sobrevivência e os resultados do neurodesenvolvimento de RNP.

Também Almeida (2023), na sua revisão sistemática, pôde constatar os efeitos benéficos da colostroterapia, destacando o fator protetor desta terapia para o organismo do RNP, pela ação antimicrobiana, com atuação na resposta antiinflamatória, bem como na diminuição da incidência de infecções, com especial atuação na microbiota oral e gastrointestinal. Este autor verificou, por consequência, que há uma diminuição do tempo de internamento do RNP, a dieta enteral é introduzida de forma mais precoce e há diminuição da mortalidade neonatal.

Há que acrescentar que, para que o protocolo de colostroterapia tenha sucesso, não é apenas necessário reconhecer os seus benefícios, mas também ser realizada a capacitação e sensibilização contínua dos profissionais de saúde, nomeadamente dos EEESIP, especialmente no que concerne à forma de extração, conservação e administração do colostro, necessidade de monitorização dos sinais vitais, vigilância do RNP, dos resultados para a redução dos riscos e aparecimento de comorbilidades nas puérperas e no RNP (E5, da Cruz Martins et al., 2020).

Ora, Digal e seus colaboradores (2021), tendo constatado a escassa sensibilização por parte dos prestadores de cuidados de RNP e doentes relativamente aos cuidados orais, de uma Unidade Neonatal, implementaram uma iniciativa de melhoria da qualidade, através da simples sensibilização de enfermeiros e médicos residentes, da implementação de uma política de cuidados orais e aconselhamento das mães para a produção precoce e regular de leite materno, da qual resultou uma melhoria significativa e sustentada na proporção de cuidados orais com colostro e leite materno, recorrendo apenas aos recursos disponíveis localmente. Inclusive, os autores comprovaram que, com o mínimo de assistência, as mães eram capazes de prestar cuidados orais com o seu próprio leite, tendo aumentado o seu envolvimento nos cuidados e a sua confiança na manipulação do RNP.

5. Conclusão

Através da análise dos estudos selecionados para a presente SR, é possível concluir que a administração de colostro cru na orofaringe de RNP consiste numa terapia com grande potencial na redução da incidência de várias patologias associadas à prematuridade, nomeadamente enterocolite necrosante, septicemia tardia e intolerâncias alimentares. Diminui, também, o tempo de internamento do RNP, leva a uma recuperação mais rápida do peso de nascimento e reduz, ainda, as taxas de mortalidade.

Para que a colostroterapia seja eficaz, aconselha-se a administração de 1mL de colostro, o equivalente a 2 gotas, durante um período de 5 segundos, na mucosa orofaríngea direita, repetindo o procedimento na mucosa orofaríngea esquerda. Idealmente, a cada 4 horas, até ao 8.º ou 10.º dia de vida do RNP. Esta é uma intervenção fácil, barata e bem tolerada pelos RNP, com claros benefícios para o desenvolvimento da sua microbiota oral, intestinal e do seu sistema imunitário no geral.

É necessário, também, que os profissionais estejam sensibilizados e capacitados para a administração de colostro ao RNP, não só pelos seus benefícios, mas também porque, frequentemente, os RNP não conseguem iniciar a alimentação enteral por falta de coordenação dos reflexos de sucção-deglutição-respiração, à imaturidade do sistema gastrointestinal e/ou à instabilidade clínica que apresentam.

Destaca-se, aqui, o importante papel do EEESIP na promoção da saúde do RNP, através do incentivo desta prática de cuidados e, por conseguinte, do aleitamento materno. Para além disso, estabelecendo-se uma parceria de cuidados entre enfermeiro-família, o EEESIP fomenta também a vinculação RN-família, tão importante desde o momento do nascimento e muitas vezes quebrada com o internamento do RNP.

Limitações do Estudo

Pesquisa limitada às bases de dados mencionadas.

Os próprios estudos analisados referem algumas limitações com as quais foram confrontados, tais como: tamanhos de amostras reduzidos, que dificultam a extrapolação dos dados obtidos; o facto de as amostras serem de conveniência; perda de seguimento de alguns casos ao longo dos estudos; e administração simultânea de fármacos aos RNP.

Implicações para a Investigação

Vários serviços de Neonatologia (Cuidados Intermédios e Cuidados Intensivos) podem, futuramente, desenvolver mais estudos, nomeadamente experimentais, que abordem a administração de colostro materno em RNP. Este esforço irá reforçar os resultados encontrados nos estudos analisados, permitindo o recurso à colostroterapia com base em evidências científicas atualizadas.

Implicações para a Prática

Não é objetivo da SR fazer recomendações com implicações para a prática. No entanto, tendo-se constatado através da realização desta SR, e também pela análise metodológica dos estudos reunidos, a existência de inúmeros benefícios para o RNP pela administração de colostro e tratando-se de uma intervenção simples, segura e económica, será fulcral que mais Unidades Neonatais implementem esta prática na sua rotina de cuidados diária. Para tal, é pertinente a execução de um protocolo de extração de colostro bem como da sua administração ao RNP, tendo por base a evidência científica atual.

Considerações Finais

Florence Nightingale é uma personagem histórica a nível mundial e um ícone na Enfermagem moderna. Foi ela a responsável por pôr de parte todo o empirismo característico da sua época nos cuidados ao indivíduo enfermo, dando relevo ao conhecimento científico, criando, inclusive, um sistema de ensino de enfermagem e, por conseguinte, a primeira escola de enfermagem, com base na formação escolar, treino, dedicação, disciplina e estratificação hierárquica (Silva et al., 2020).

A Enfermagem e os Enfermeiros têm evoluído ao longo do tempo e os cuidados de enfermagem “assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019 de 2019, p. 4744).

No que concerne à especialização em Enfermagem, particularmente na área da Saúde Infantil e Pediátrica, o EEESIP assume um papel relevante nos cuidados de saúde, sendo um profissional dotado de ferramentas e competências que lhe permitem prestar cuidados avançados à criança e sua família, em qualquer contexto em que esta se encontre, esteja esta doente ou saudável, educando para a saúde, empoderando o binómio criança/família na maximização da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018 de 2018).

No decorrer do percurso formativo com vista à obtenção da Especialização, e nos estágios concretizados nas diversas áreas da SIP, é perceptível através deste relatório que a enfermagem se apoia em várias filosofias e modelos de cuidar, como o Modelo de Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados de *Anne Casey*, o Modelo de Promoção da Saúde de *Nola Pender* e, mais particularmente, na Filosofia NIDCAP®, tendo sido estes os pilares que sustentaram a prática de cuidados.

Não obstante, as oportunidades que surgiram ao longo deste caminho e todos os intervenientes que auxiliaram no seu aproveitamento, possibilitaram a obtenção de inúmeros novos conceitos e conhecimentos, inclusive na consolidação de todas as aprendizagens anteriores, no desenvolvimento e, por fim, na obtenção de competências comuns e específicas na área da SIP, com o intuito primordial de prestar os melhores cuidados, cuidados

estes, seguros e fundamentados, ao principal alvo de cuidados diários: o binómio criança/família.

Igualmente importante neste percurso foi a concretização de um trabalho de investigação, como forma de aprofundamento de conhecimentos na área da investigação em Enfermagem, tão importante e que vem a assumir cada vez mais relevância no desenvolvimento da profissão. Para tal, tornou-se pertinente o desenvolvimento da temática acerca dos benefícios da colostroterapia em RNP hospitalizados, através da execução de uma SR. Trata-se de uma prática de cuidados ao RNP implementada em algumas Unidades Neonatais a nível nacional e que, dados os seus inúmeros benefícios, faria sentido implementar em todas as Unidades Neonatais. Assume-se como uma prática segura e muito acessível economicamente, que não necessita do envolvimento de grandes meios clínicos e que pode ser incluída facilmente pelos profissionais de saúde nos seus cuidados diários ao RNP.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. O. D. (2023). Colostroterapia como ferramenta terapêutica para recém-nascidos prematuros internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. Acedido em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/74019/1/2023_tcc_aoalmeida.pdf.
- Alvarenga, G., & Bhering, C. A. (2022). Os Efeitos da Colostroterapia no Aumento da Imunidade em Prematuros. *Revista de Saúde*, 13(2), 33-41. DOI: <https://doi.org/10.21727/rs.v13i2.3066>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Aqtam, I., & Darawwad, M. (2018). Health promotion model: An integrative literature review. *Open Journal of Nursing*, 8(07), 485. Acedido em: https://www.scirp.org/pdf/OJN_2018072316111341.pdf.
- Aromataris E., Munn Z. (2020). JBI Reviewer's Manual. JBI. <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIRM-19-01>.
- Carvalho, V. da S., Silva, M. P. C., Alves, L. T. da S., Rocha, N. H. G., Contim, D., & Oliveira, N. M. L. de. (2023). Benefits of infant massage for newborns and infants: Integrative review. *Research, Society and Development*, 12(1), e28212139594. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39594>.
- Centro Hospitalar Universitário de São João. Serviço de Neonatologia. Neto F., França A. P. & Santos, M. R. (2019). Guia Orientador de Alimentação Oral do Recém-nascido Prematuro.

- Colonetti, T., de Carvalho Florêncio, I., Figueiredo, P., Colonetti, L., Rodrigues Uggioni, M. L., da Rosa, M. I., Caretta, L. B., Roeber, L., & Grande, A. J. (2022). Colostrum Use and the Immune System of Premature Newborns: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Human Lactation*, 38(3), 487-500. DOI: <https://doi.org/10.1177/08903344221087967>.
- Cortez, R. V., Fernandes, A., Sparvoli, L. G., Padilha, M., Feferbaum, R., Neto, C. M., & Taddei, C. R. (2021). Impact of oropharyngeal administration of colostrum in preterm newborns' oral microbiome. *Nutrients*, 13(12), 4224. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13124224>.
- da Cruz Martins, C., de Santana Xavier Ramos, M., Viana Cardoso Amaral, M., Santos Passos Costa, J., Souza Cerqueira, E., de Oliveira Vieira, T., Seixas da Cruz, S., & Oliveira Vieira, G. (2020). Colostrum oropharyngeal immunotherapy for very low birth weight preterm infants: protocol of an intervention study. *BMC pediatrics*, 20(1), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02266-8>.
- da Rosa Bassan, A., de Assumpção, P. K., da Rosa, A. B., Schutz, T. C., da Silveira Donaduzzi, D. S., & Fettermann, F. A. (2021). Colostroterapia e aleitamento materno na prevenção da enterocolite necrotizante. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(3), e5176-e5176. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e5176.2021>.
- Digal, K. C., Upadhyay, J., Singh, P., Shubham, S., Grover, R., & Basu, S. (2021). Oral care with mother's own milk in sick and preterm neonates: a quality improvement initiative. *The Indian Journal of Pediatrics*, 88, 50-57. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03434-5>.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. Lisboa, Portugal: Autor.
- EFCNI. Gross D., Oude-Reimer M., Frauenfelder O., Camba F., Ceccatelli M., Hanks-Drielsma I., Jørgensen E., & Silva E. (2018). *European Standards of Care for Newborn*

- Health: Mouth care.* Acedido em: https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2022/08/2022_09_01_TEG_Care-procedures_all.pdf.
- EFCNI. López Maestro M., Camba F., Oude-Reimer M., Frauenfelder O., Hanks-Drielsma I., Kalbér, A., Kühn, T., & Silva, E. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health: Protecting sleep.* Acedido em: https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2022/08/2022_09_01_TEG_Care-procedures_all.pdf.
- EFCNI. Silva E., Oude-Reimer M., Frauenfelder O., Camba F., Ceccatelli M., & Jørgensen E. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health: Skin care of hospitalised infants.* Acedido em: https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2022/08/2022_09_01_TEG_Care-procedures_all.pdf.
- Fernandes, D. P., & Santana, C. D. (2020). Leite humano em diferentes estágios de lactação: composição nutricional no município de Cuité. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 7(1), 1580-1592. DOI: 10.35621/23587490.v7.n1.p1580-1592.
- Ferraz, L. P. L., Fernandes, A. M., & Gameiro, M. G. H. (2022). Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro: Estudo Sobre as Práticas em Unidades Neonatais Portuguesas. *Texto e Contexto Enfermagem*, 31, 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235pt>.
- Fu, Z. Y., Huang, C., Lei, L., Chen, L. C, Wei, L. J., Zhou, J., Tao, M., Quan, M. T. & Huang, Y. (2023). The effect of oropharyngeal colostrum administration on the clinical outcomes of premature infants: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 104527. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104527>.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância & Organização Mundial de Saúde. (2004). *Low birthweight: country, regional and global estimates.* Nova Iorque, Estados Unidos da América: Autores. Acedido em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43184/9280638327.pdf?sequence=1>.

- Graça, P. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. DGS. Acedido em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>.
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP®). *NASCER E CRESCER-BIRTH AND GROWTH MEDICAL JOURNAL*, 24(3), 99-102. Acedido em: <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/8509/6083>.
- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, & 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. (2022). Guia orientador: Estágio de urgências pediátricas e estágio com relatório final: Estágio de saúde infantil e familiar de pediatria e de neonatologia. IPV, ESSV.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno - Edição revista 2012*. Lisboa, Portugal: Jorge Fernandes, Lda. Acedido em: <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>.
- Lopes, J. M. L. (2019). *Promoção do Aleitamento Materno: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28834>.
- Neto, F. M. (2014). *A transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro*. [Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9733>.
- Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. (2023). *Training Centers*. Acedido em: <https://nidcap.org/training-centers/#europe>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição*

do título profissional de Enfermeiro Especialista. Acedido em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enfespecialista.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Dia Mundial da Prematuridade*. Acedido em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-mundial-da-prematuridade/>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas – A criança e o Jovem com

Necessidades de Saúde Especiais em Contexto Escolar: Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Acedido em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31169/gobp_nseemmeioescolar_v5n.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: O sono na Criança e no Adolescente. Acedido em

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm*

birth. Genebra, Suíça: Autor. Acedido em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44864>.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906.

Perez, C., Tomaz, D. M. C., de Souza Martins, A., & Palhares, D. B. (2022). Sepsis precoce do recém-nascido prematuro e uso de colostro materno. *Multitemas*, 53-78. DOI:

<https://doi.org/10.20435/multi.v27i66.3643>.

- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Capítulo 11: Scoping Reviews (versão 2020). Aromataris E, Munn Z, editores. *Manual JBI para Síntese de Evidências*. JBI; 2020. Acedido em: <https://synthesismanual.jbi.global>. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Pimenta, H. P., Rocha, A. D., Guimarães, A. C. L. D., Costa, A. C. C. D., & Moreira, M. E. L. (2023). Administração orofaríngea de colostro em recém-nascidos com gastrosquise: ensaio clínico randomizado. *Critical Care Science*, 35, 209-216. DOI: <https://doi.org/10.5935/2965-2774.20230010-pt>.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 102/2023. (2023, novembro 07). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 215, p. 4 – 20. Acedido em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 118/2014. (2014, agosto 05). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 149, p. 4069 – 4071. Acedido em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/08/14900/0406904071.pdf>.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008, fevereiro 22). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 38, p. 1182 – 1189. Acedido em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 281/2009. (2009, outubro 6). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 193, p. 7298 – 7301. Acedido em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>.

Portugal, Decreto-lei n.º 52/2022. (2022, agosto 4). Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 150, p. 5 – 52. Acedido em: <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>.

Portugal, Decreto-lei n.º 54/2018. (2018, julho 06). Estabelece o Regime Jurídico da Educação Inclusiva. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 129, p. 2918 - 2928. Acedido em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 010/2013 de 31/05/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. DGS. Acedido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2015 de 12/08/2015: Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. DGS. Acedido em: <https://observatoriolisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>.

Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos Enfermeiros [Portugal]. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26, p.4745. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Regulamento n.º 422/2018. (2018, julho 12). Regulamento de Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Ordem dos Enfermeiros [Portugal]. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 133, p. 19192. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>.

Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Heigaard, T., Solano, M. G., Fijałkowska, A., Sturua, L., Hyska, J., Kelleher, C., Duleya, V., Milanović, S., M., Sant'Angelo, V. F., Abdrakhmanova, S., Kujundzic, E., Peterkova, V., Gualtieri, A., Pudule, I., Petrauskienė, A., Tanrygulyyeva, M., Sherali, R., Huidumac-Petrescu, C.,

Williams, J., Ahrens, W., & Breda, J. (2019). *Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017*. Basileia, Suíça: Karger Publishers Open Access. Acedido em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/6383>.

Romero-Maldonado, S., Soriano-Becerril, D. M., García-May, P. K., Reyes-Muñoz, E., Muñoz-Ortíz, E., G., Carrera-Muñíos, S., Granados-Cepeda, M., L., Cardona-Pérez, J. A., Castro-Millán, E., Segura-Cervantes, E., Ceballos, G., & Montoya-Estrada, A. (2022). Effect of oropharyngeal administration of colostrum in premature newborns ≤ 32 weeks of gestation on the immune response and neonatal morbidity: A double-blind randomized clinical trial. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 891491. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2022.891491>.

Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*. 26-31. Acedido em: <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>.

Schneider, A. S., Flurin Ludwig, M. C., Neis, M., Martegani Ferreira, A., & Becker Issi, H. (2020). Percepções e vivências da equipe de enfermagem frente ao paciente pediátrico em cuidados paliativos. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 19. Acedido em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.41789>.

Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2023). *Dia Mundial da Prematuridade*. Acedido em: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>

Silva, A. T. M. F. D., Cabral, E. S. D. M., Batalha, M. C., & Aperibense, P. G. G. D. S. (2020). Florence Nightingale como tema no ensino de história da enfermagem. *Hist. enferm., Rev. eletronica*, 15-27. Acedido em: <https://here.abennacional.org.br/here/v11/especial/a2.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Nascer Prematuro em Portugal: Epidemiologia, Organização*. Acedido em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2012). Graça A et al. Hipotermia Induzida no Tratamento da Encefalopatia Hipóxico-Isquémica Neonatal – Consenso Nacional. Acedido em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2012-Hipotermia.pdf>.

Vieira, J. (2015). A Investigação em Enfermagem. *Revista Clínica do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 3(1), 5. Acedido em: <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/download/119/72>.

Apêndices e Anexos

Apêndices

Apêndice I - Projeto de Estágio de Pediatria

Objetivos e atividades a desenvolver

Foram traçados, inicialmente, os seguintes objetivos para o estágio de Pediatria e as respectivas atividades a desenvolver para atingir cada um deles.

Tabela 1 – Objetivos específicos para o estágio de Pediatria

Objetivo	Atividades a desenvolver
Conhecer a estrutura física e organização do serviço de Pediatria Médica, contribuindo para um ambiente terapêutico e seguro.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração no serviço, visando conhecer a estrutura do mesmo, assim como equipamentos disponíveis e local de armazenamentos dos mesmos; ▪ Integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação empática com a mesma; ▪ Aquisição de conhecimento acerca dos protocolos e projetos implementados no serviço; ▪ Promoção de medidas de segurança, de modo a minimizar o risco da existência de erros ou incidentes; ▪ Promoção do bem-estar da criança/jovem e sua família, gerindo riscos; ▪ Adequação da linguagem e informação à idade, nível de desenvolvimento e aos próprios conhecimentos da criança/jovem e sua família. ▪ Identificação da área de influência e de como se processa a articulação com outros serviços de saúde; ▪ Conhecimento do circuito da criança, jovem e família.
Desenvolver uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais da criança/jovem e sua família; ▪ Respeito pelo código deontológico no desenvolvimento do exercício profissional; ▪ Assegurar a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional.
Atender à necessidade de gestão dos cuidados, em articulação com a equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação na recolha de informação a constar no processo, com vista à identificação de diagnósticos e intervenções oportunas, com rigor técnico e científico, e posterior realização

	<p>da sua avaliação;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecimento de situações que necessitem de intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar; ▪ Utilização de recursos de forma eficiente; ▪ Participação no trabalho em equipa; ▪ Promoção de um ambiente positivo e favorável à prática, com respeito pelos diferentes papéis e funções dos vários elementos da equipa multidisciplinar.
Assistir a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção da parceria de cuidados com a família; ▪ Comunicação com a criança/jovem atendendo ao seu nível de desenvolvimento; ▪ Ensino às crianças/jovens e sua família, com vista à aquisição de conhecimentos e habilidades, necessárias à maximização da saúde da criança/jovem e promoção da autonomia; ▪ Avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e sua família no que se refere à saúde.
Cuidar da criança/jovem e sua família nas situações de especial complexidade.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação e colaboração na prestação de cuidados, revelando interesse e responsabilidade; ▪ Manutenção de um ambiente seguro na prestação de cuidados; ▪ Prestação de cuidados de enfermagem especializados, mediante as necessidades encontradas, de acordo com as normas e procedimentos do serviço e de práticas baseadas nas evidências; ▪ Aquisição de conhecimentos na área de prestação de cuidados em Pediatria; ▪ Registo no processo da criança/jovem das informações e intervenções realizadas, de forma clara e objetiva; ▪ Promoção do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; ▪ Valorização do fenómeno de dor na criança; ▪ Empenho na capacitação da criança em idade escolar, do adolescente e da sua família para a adoção de estratégias com vista à adaptação, em contexto de doença crónica.
Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização do acolhimento da criança/jovem e sua família ao serviço; ▪ Prestação de cuidados a criança/jovem em parceria com a família, tendo por base conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil; ▪ Adequação da linguagem às etapas de desenvolvimento,

	<p>estabelecendo comunicação eficaz com a criança/jovem e sua família;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoção de uma postura adequada, estabelecendo relação empática, sem juízos de valor; ▪ Abertura à comunicação expressiva de emoções.
<p>Desenvolver o autoconhecimento, assertividade e investir na obtenção de novos conhecimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstração de sentido crítico e autorreflexivo; ▪ Incremento de uma prática reflexiva diária, procurando identificar aspetos positivos e negativos, devendo ser encarados como oportunidades para melhorar; ▪ Consciencialização dos recursos e limites pessoais e profissionais; ▪ Gestão de sentimentos e emoções, respondendo de modo assertivo; ▪ Identificação de oportunidades de aprendizagem, realizando pesquisa sempre que necessário para fundamentar a prática clínica; ▪ Aquisição de conhecimentos sobre o papel parental e conhecimento como focos da CIPE e sua aplicação no <i>Sclínico</i>.
<p>Conhecer as atividades desenvolvidas no Hospital de Dia Pediátrico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de um turno de observação no Hospital de Dia Pediátrico, para aquisição de conhecimento das atividades desenvolvidas junto da criança/jovem e sua família, bem como das patologias tratadas; ▪ Reflexão sobre o papel do EEESIP no Hospital de Dia Pediátrico.
<p>Desenvolver competências na gestão de recursos humanos e materiais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de um turno com o Enfermeiro Responsável pelo serviço de Pediatria Médica, para aquisição de conhecimentos na área da gestão dos recursos humanos e materiais do serviço; ▪ Perceção da interligação entre o Serviço de Pediatria Médica e outros serviços.
<p>Refletir sobre as competências adquiridas ou potencializadas durante o estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre os cuidados e competências desenvolvidas no decurso do estágio, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados; ▪ Reflexão crítica regular, em conjunto com a EEESIP tutora e docente responsável, acerca do meu desempenho; ▪ Elaboração de uma reflexão crítica sobre a experiência vivenciada no serviço.

Cronograma de atividades

As atividades foram desenvolvidas de acordo com o seguinte cronograma de atividades.

Tabela 2 – Cronograma de Atividades

Duração do Estágio – 130h	
Atividades a desenvolver	Horas de contato
Integração ao Serviço	1º turno de estágio
Planeamento de atividades	4 primeiros turnos de estágio
Desenvolvimento das atividades planeadas	Ao longo das 130h de estágio
Reflexão	Ao longo das 130h de estágio
Avaliação	Último turno de estágio

Apêndice II - Projeto de Estágio de Neonatologia

Objetivos e atividades a desenvolver

Foram traçados, inicialmente, os seguintes objetivos para o estágio de Neonatologia e as respetivas atividades a desenvolver para atingir cada um deles.

Tabela 1 – Objetivos específicos para o estágio de Neonatologia

Objetivo	Atividades a desenvolver
Conhecer a estrutura física e organização do serviço de Neonatologia (Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios), contribuindo para um ambiente terapêutico e seguro.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração no serviço, visando conhecer a estrutura do mesmo, assim como equipamentos disponíveis e local de armazenamento dos mesmos. ▪ Integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação empática com a mesma. ▪ Conhecimento dos protocolos e projetos implementados no serviço. ▪ Promoção de medidas de segurança, de modo a minimizar o risco da existência de erros ou incidentes. ▪ Conhecimento do circuito do RN e família.
Valorizar o fenómeno de dor no RN.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das situações ou procedimentos potencialmente dolorosos para o RN e desenvolver uma atitude antecipatória na prevenção deste fenómeno. ▪ Intervenção no fenómeno de dor no RN com recurso às estratégias farmacológicas disponíveis (administração de Sacarose e/ou analgésicos prescritos), bem como fazer uso das estratégias não farmacológicas (contenção, canguru, leite materno). ▪ Registo da dor na sistema informático de apoio à enfermagem, utilizando a escala de avaliação da dor implementada.
Prevenir a lesão da pele do RN associada a dispositivos médicos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das situações associadas à aplicação de dispositivos médicos potencialmente prejudiciais ao RN e causadoras de lesão da pele. ▪ Prevenção das lesões identificadas como potenciais através da aplicação de Hidrocolóide e protetor cutâneo em <i>spray</i>

	<p>(Cavilon™) e/ou protetor cutâneo em creme (Cicalfate®).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamento das lesões quando existentes.
<p>Desenvolver habilidades na alimentação oral do RN prematuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento dos parâmetros a avaliar antes de iniciar a alimentação oral: <ul style="list-style-type: none"> • IG > 33 semanas; • Estabilidade fisiológica (FC ≥ 120 ≤ 180 bpm, FR ≥ 35 ≤ 60 cpm, SpO2 ≥ 95%); • Coordenação da sucção, deglutição e respiração, aspeto geral (coloração da pele e mucosas – relativamente coradas e tónus muscular adequado); • Envolvimento na alimentação (sinais de prontidão e de fome). ▪ Estimulação de reflexos: <ul style="list-style-type: none"> • Treino da sucção com mamilo, chupeta, dedo da mãe e/ou dedo enluvado; • Treino da deglutição; • Executar canguru; • Colocação do RN à mama. ▪ Alimentação por sonda quando os parâmetros de avaliação não se encontram reunidos. ▪ Iniciando-se a alimentação oral, ter em consideração algumas intervenções que a promovem, como: <ul style="list-style-type: none"> • Adequado posicionamento do RN (elevado e lateralizado, com alinhamento dos braços na linha média) em contenção e com apoio da mandíbula; • Controlo dos níveis de stress, prevenindo o cansaço, observando sinais de stress, alimentar com baixo fluxo de leite, fazer pausas para respirar a cada 2-5 sucções, adequar a temperatura ao gosto do RN. ▪ Reavaliação dos parâmetros iniciais no decorrer da alimentação e caso se alterem, fazer pausa para eructar. Se estes parâmetros se mantiverem estáveis, respeitar o período de refeição inferior a 20 minutos.
<p>Aprender a filosofia NIDCAP®, individualizando os cuidados a cada RN, centrados no seu desenvolvimento infantil, em parceria com a família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção de um ambiente terapêutico ao RN, calmo, pouco iluminado, aquecido e com a estimulação sensorial e tátil estritamente necessária. ▪ execução do método canguru precocemente, como fator promotor da vinculação. ▪ Limpeza da boca do RN com leite humano, como forma de

	<p>prevenir lesões e infecções, promovendo a longo prazo a redução de risco de distúrbios alimentares.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados de posicionamento a quatro mãos, com contenção e toque suave, proporcionando conforto ao RN. ▪ Troca de fralda com o RN em posição lateral, promovendo estabilidade fisiológica. ▪ Realização de banho contido, não por rotina, mas de forma individualizada e conforme tolerância do RN, minimizando o gasto energético.
Salvaguardar o sono do RN como fator promotor do seu desenvolvimento infantil.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agrupamento de cuidados, conforme tolerância do RN, de forma a privilegiar o seu sono, minimizando interrupções. ▪ Respeito pelos períodos de sono do RN sempre que possível, (sono ativo, sono tranquilo e sono indeterminado).
Desenvolver habilidades de colocação de CEC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Execução da técnica de colocação de CEC. ▪ Treino dos cuidados de manutenção inerentes.
Cuidar do RN com VMI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestação de cuidados ao RN com VMI.
Adquirir conhecimentos acerca do trabalho desenvolvido pelo Banco de Leite Humano do Norte.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de um turno de observação no Banco de Leite Humano do Norte, para aquisição de conhecimento das atividades desenvolvidas relacionadas com a doação, tratamento, pasteurização e fornecimento do leite humano.
Refletir sobre as competências adquiridas ou potencializadas durante o estágio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre os cuidados e competências desenvolvidas no decurso do estágio, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. ▪ Reflexão crítica regular, em conjunto com a EEESIP tutora e docente responsável, acerca do meu desempenho. ▪ Elaboração de uma reflexão crítica sobre a experiência vivenciada no serviço.

Cronograma de atividades

As atividades foram desenvolvidas de acordo com o seguinte cronograma de atividades.

Tabela 2 – Cronograma de Atividades

Duração do Estágio – 130h	
Atividades a desenvolver	Horas de contato
Integração ao Serviço	1º turno de estágio
Planeamento de atividades	4 primeiros turnos de estágio
Desenvolvimento das atividades planeadas	Ao longo das 130h de estágio
Reflexão	Ao longo das 130h de estágio
Avaliação	Último turno de estágio

Apêndice III - Projeto de Estágio de Saúde Infantil e Familiar

Objetivos e atividades a desenvolver

De seguida, apresentam-se os objetivos traçados para o estágio de Saúde Infantil e Familiar e as respetivas atividades a desenvolver para alcançar cada um deles.

Tabela 1 – Objetivos específicos para o estágio de Saúde Infantil e Familiar

Objetivo	Atividades a desenvolver
Conhecer a estrutura física e organização da UCC, contribuindo para um ambiente terapêutico e seguro.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração no serviço, visando conhecer a sua estrutura e organização. ▪ Integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação empática com a mesma. ▪ Conhecimento dos protocolos, projetos e áreas de intervenção da UCC. ▪ Promoção de medidas de segurança, de modo a minimizar o risco da existência de erros ou incidentes. ▪ Conhecimento do circuito da criança/jovem e sua família e referenciação.
Desenvolver uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais da criança/jovem e sua família. ▪ Respeito pelo código deontológico no desenvolvimento do exercício profissional. ▪ Assegurar a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional.
Atender à necessidade de gestão dos cuidados, em articulação com a equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação na recolha de informação a constar no processo, com vista à identificação de diagnósticos e intervenções oportunas, com rigor técnico e científico, e posterior realização da sua avaliação. ▪ Reconhecimento de situações que necessitem de intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar. ▪ Utilização de recursos de forma eficiente. ▪ Participação no trabalho em equipa. ▪ Promoção de um ambiente positivo e favorável à prática, com respeito pelos diferentes papéis e funções dos vários

	<p>elementos da equipa multidisciplinar.</p>
<p>Assistir a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção da parceria de cuidados com a família. ▪ Comunicação com a criança/jovem atendendo ao seu nível de desenvolvimento. ▪ Ensino às crianças/jovens e sua família, com vista à aquisição de conhecimentos e habilidades, necessárias à maximização da saúde da criança/jovem e promoção da autonomia. ▪ Avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e sua família no que se refere à saúde.
<p>Cuidar da criança/jovem e sua família nas situações de especial complexidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação e colaboração na prestação de cuidados, mostrando interesse e responsabilidade. ▪ Manutenção de um ambiente seguro na prestação de cuidados. ▪ Prestação de cuidados de enfermagem especializados, mediante as necessidades encontradas, de acordo com as normas e procedimentos do serviço e de práticas baseadas nas evidências. ▪ Aquisição de conhecimentos na área dos CSP, concretamente no que concerne às Necessidades de Saúde Especiais (NSE). ▪ Registo no processo da criança/jovem das informações e intervenções realizadas, de forma clara e objetiva. ▪ Promoção do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. ▪ Empenho na capacitação da criança em idade escolar, do adolescente e da sua família para a adoção de estratégias com vista à adaptação, em contexto de doença crónica, especificamente no que toca à execução/implementação de Planos de Saúde Individual (PSI).
<p>Desenvolver o autoconhecimento, assertividade e investir na obtenção de novos conhecimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstração de sentido crítico e autorreflexivo. ▪ Incremento de uma prática reflexiva diária com a tutora, procurando identificar aspetos positivos e negativos, devendo ser encarados como oportunidades para melhorar. ▪ Consciencialização dos recursos e limites pessoais e profissionais. ▪ Gestão de sentimentos e emoções, respondendo de modo assertivo. ▪ Identificação de oportunidades de aprendizagem, realizando

	<p>pesquisa sempre que necessário para fundamentar a prática clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição de conhecimentos como focos da CIPE e sua aplicação no <i>Sclínico</i>.
<p>Conhecer as competências no domínio da gestão de recursos humanos e materiais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de um turno com o enfermeiro gestor/coordenador da UCC. ▪ Perceber a interligação da UCC com outros serviços.
<p>Conhecer as atividades desenvolvidas pela USF, concretamente no âmbito das consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento das consultas de Saúde Infantil e Juvenil desenvolvidas pela USF. ▪ Perceber a dinâmica e organização da consulta de SIJ e as atividades a desenvolver pelo EEESIP para promoção da saúde e vigilância.
<p>Refletir sobre as competências adquiridas ou potencializadas durante o estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre os cuidados e competências desenvolvidas no decurso do estágio, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. ▪ Reflexão crítica regular, em conjunto com a EEESIP tutora e docente responsável. ▪ Elaboração de uma reflexão crítica sobre a experiência vivenciada no serviço.

Cronograma de atividades

As atividades serão desenvolvidas de acordo com o seguinte cronograma de atividades.

Tabela 2 – Cronograma de Atividades

Duração do Estágio – 130h	
Atividades a desenvolver	Horas de contato
Integração ao Serviço	1º turno de estágio
Planeamento de atividades	3 primeiros turnos de estágio
Desenvolvimento das atividades planeadas	Ao longo das 130h de estágio
Reflexão	Ao longo das 130h de estágio
Avaliação	Último turno de estágio

Anexos

Anexo I - Impresso para registo de RN atribuídos por turno

Cama _____		RN _____		Dias de internamento		
Filho(a) de _____						
Diagnóstico Admissão						
Outros diagnósticos / Antecedentes						
IG		IC		PN		P. Atual
Apgar		RPM	_____ h	Parto		
VPP		Intercorrências no parto				
Alimentação		(Última refeição __h)				
Terapêutica						
Micções						
Dejeções		(Última dejeção __/__)				
VNI / VMI						
CVP / CEC						
Cuidados						

Anexo II - Plano de Saúde Individual

PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Ano letivo _____ / _____

Enviado em: ___/___/_____

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO			
Nome			
Data de Nascimento		SNS	
Ano/Turma		Diretor de Turma	
Encarregado de Educação			
Contacto		E-mail	

ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO E ENSINO / UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE			
Escola			
UCC			
Equipa de Saúde Familiar			
Médico		Enfermeiro	
Gestor de caso Equipa de S. E.			
Telemóvel		E-mail	
Outro acompanhamento de saúde			
Telefone			

1 - PERFIL DE FUNCIONALIDADE

Atividades e Participação	Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total	Fatores Ambientais		
						Facilitadores	Barreira	
Ouvir (mesmo com a utilização de prótese auditiva) (d115)						e	e	
Ver (mesmo com a utilização de óculos ou lentes de contacto) (d110)						e	e	
Comunicar (compreender e ser compreendido pelos outros mesmo com a utilização de símbolos, de gestos ou de comunicação) (d310, d315, d330, d335, d350)						e	e	
Andar e deslocar-se (mesmo com a utilização de cadeira de rodas, de andarilho, de canadianas, etc.) (d430, d440, d450, d465, d470, d475)						e	e	
Adquirir e aplicar o conhecimento (aprender novos conhecimentos, aplicar conhecimentos adquiridos, pensar, raciocinar e resolver problemas) (d110, d140, d145, d150, d175)						e	e	
Realizar tarefas diárias comuns para a sua faixa etária (tarefas escolares, atividades lúdicas/ recreativas, etc.) (d210, d220, d910, d920, d930)						e	e	
Cuidar de si próprio de forma apropriada à sua faixa etária (comer, vestir, beber, lavar-se, urinar, evacuar, etc.) (d510, d520, d530, d540, d550, d560)						e	e	
Interagir e estabelecer relacionamentos interpessoais de forma apropriada à sua faixa etária (d710, d720, d730, d740, d750, d760)						e	e	
Cuidar da própria saúde (medicação, aspiração, terapia específica, etc.) (d570)						e	e	

Fonte: Amann, V., Paixão, G., Monteiro, H., & Leal, P. (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar 2015*. DGS.

2 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR

Fatores Ambientais identificados	Descrição das medidas de saúde (o que fazer/ como fazer)

Medidas	Quem?	Quando?	Onde?

RESPONSÁVEIS PELO PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Nome	Função	Assinatura

DATA DA AVALIAÇÃO INICIAL: / /

DATA DA REAVALIAÇÃO: / /

AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

_____ (Encarregado de Educação) do aluno
_____ autorizo os cuidados descritos neste Plano de Saúde Individual e concordo com a transmissão da informação contida neste plano aos profissionais da Educação, bem como, a consulta do Registo de Saúde Eletrónico pela Equipa de Saúde Escolar.

Data: ___/___/_____

Assinatura do Encarregado de Educação

Anexo III - Formação em Serviço “Competências Socioemocionais na Criança: Revisão Integrativa da Literatura”

**COMPETÊNCIAS
SOCIOEMOCIONAIS NA CRIANÇA**

Revisão Integrativa da Literatura

Trabalho realizado no âmbito do 8º Curso de Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica e do 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, por Carolina Correia, Joana Tavares e Sofia Meireles

Adaptado ao Estágio de Cuidados de Saúde Primários realizado na UCC Vila Real 1, sob orientação da EEESIP Cristina Coutinho

Janeiro, 2024

PLANO DA SESSÃO

Identificar as competências socio-emocionais da criança em idade pré-escolar e escolar;
 Perceber a pertinência de programas de intervenção promovidos por Enfermeiros em contexto escolar;
 Perceber a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) no desenvolvimento de competências socio-emocionais, bem como do Papel Parental (PP).

FASES	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
Introdução	Descrição dos conceitos relacionados com a questão de investigação; Enquadramento.	Expositivo Interrogativo	Recurso à Internet Computador Videoprojetor Power Point	5 minutos
Desenvolvimento	Metodologia de pesquisa; Resultados obtidos; Discussão de resultados.			15 minutos
Conclusão	Conclusões gerais.			5 minutos

SUMÁRIO

- Introdução
- Enquadramento Teórico
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão



INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar e escolar visa a promoção da autonomia, autodeterminação e autorrealização, mas nem sempre as competências apreendidas na escola são as que mais influenciam o destino desejável destas crianças.

Vários investigadores defendem a inclusão das competências socioemocionais nos currículos escolares, já que são fundamentais no desenvolvimento humano, tendo um papel de regulação emocional, ajudando a prevenir comportamentos de risco e auxiliando na gestão de situações de stress, permitindo também o estabelecimento de relações mais saudáveis.



[Valente, 2019]

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No mundo existem mais de 1,2 mil milhões de adolescentes com idades entre os 10 e 19 anos e que as estimativas indicam que mais de 13% apresentam distúrbio mental, significando isto que se estima que 86 milhões de adolescentes entre os 15 e 19 anos e 80 milhões entre os 10 e 14 anos vivem com distúrbio mental.

[Keeley, 2021 em UNICEF - The State of World's Children 2021 - On My Mind - Promoting, protecting and caring for children's mental health]

PLANO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL

Afirma a necessidade de se desenvolverem serviços, programas e projetos que enfatizem a centralidade dos fatores protetores da saúde, em articulação com a política nacional de saúde em meio escolar, de forma a melhorar as respostas ao nível da saúde mental nas crianças.

"A efetividade das intervenções de promoção da saúde mental na escola revela-se na melhoria da ligação entre esta, a família e a comunidade, na redução do abandono, redução do insucesso e dos comportamentos violentos em meio escolar, com repercussões nos resultados académicos e nos ganhos em saúde da comunidade educativa."

[Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2019] [Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2019, p.9]

COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS: DEFINIÇÃO

Competência Social

Engloba o comportamento interpessoal, ou seja, gestão da ansiedade e raiva, empatia e assertividade e competências de conversação, que envolvem comunicação, resolução de conflitos e competências de intimidade.

[Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2019]

Competência Emocional

Obtenção de capacidades implícitas à expressão de emoções, regulação socialmente adequada e conhecimento emocional; relacionadas com a identidade, história pessoal e desenvolvimento sociomoral da criança, capacidade de interagir, autorregulação e estabelecer relações satisfatórias.

Competência Socioemocionais


"Conjunto de habilidades fundamentais para o desenvolvimento global dos indivíduos que envolve aspectos socioafetivos, emocionais, comportamentais e morais."

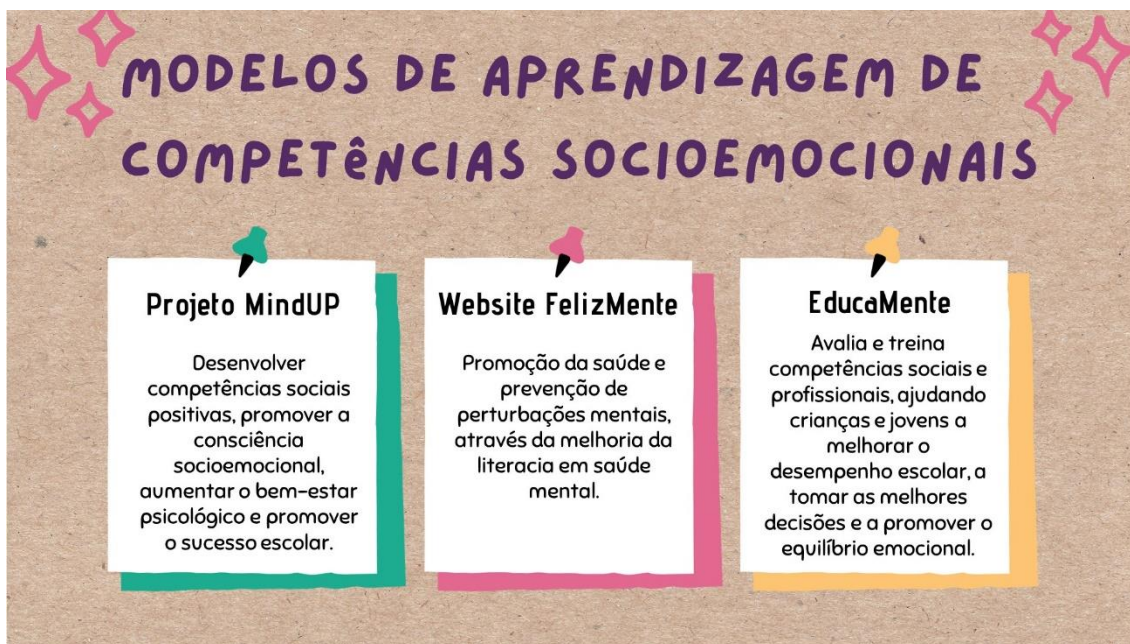
"De caráter inato, o indivíduo nasce com elas, porém precisa no decorrer do processo aprender a lidar e controlar as suas emoções para viver melhor, interagir melhor com o próximo, com o mundo e consigo mesmo"

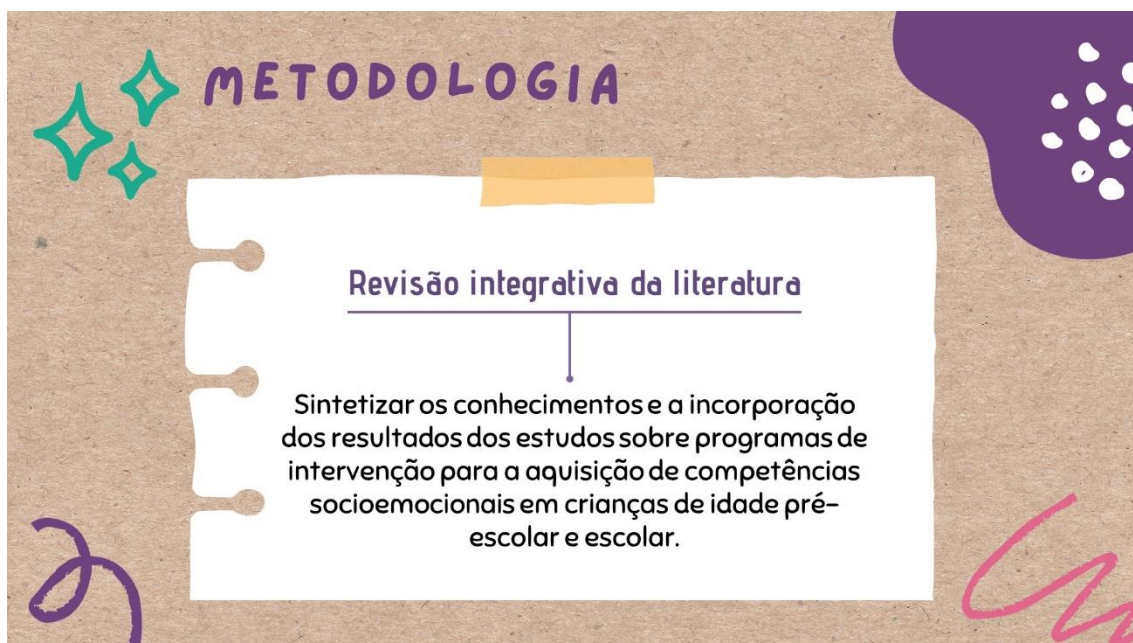
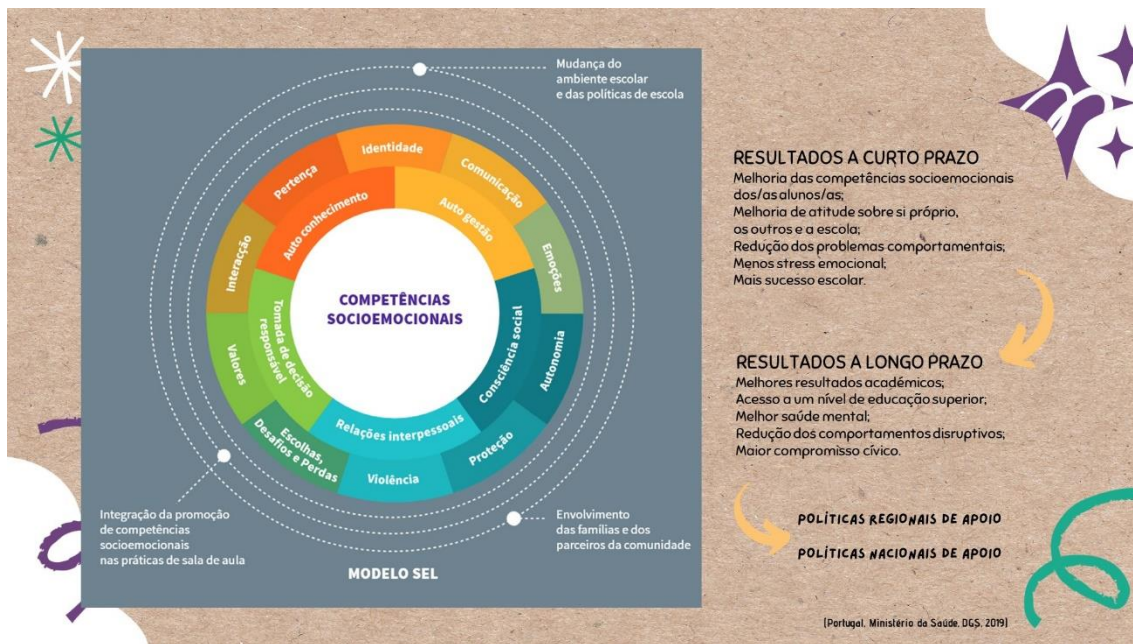
[Diveira & Muszkat, 2021, p. 92 e de Moraes Rocha & Sampaio, 2021, p. 51]

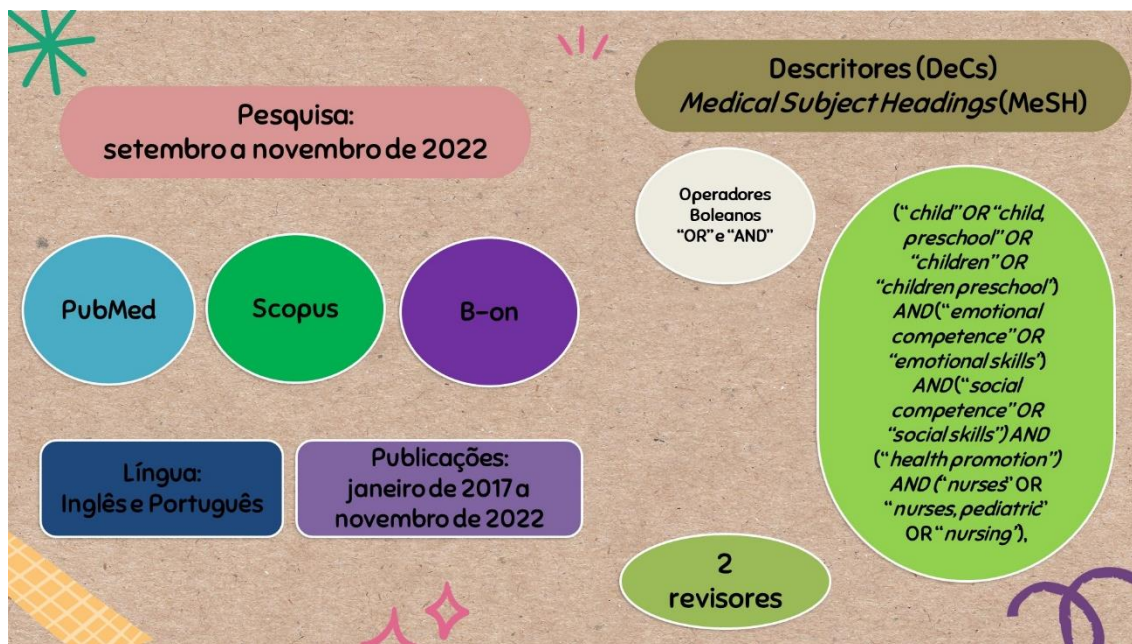
MODELOS DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS

- SEL – Social and Emotional Learning
- RULLER – Recognizing, Understanding, Labeling, Expressing, Regulating
- CASEL – Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning
- AAE – Associação Escola das Emoções
- Projeto CIE – Projeto Clube de Inteligência Emocional na Escola
- PAIDEIA – Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional



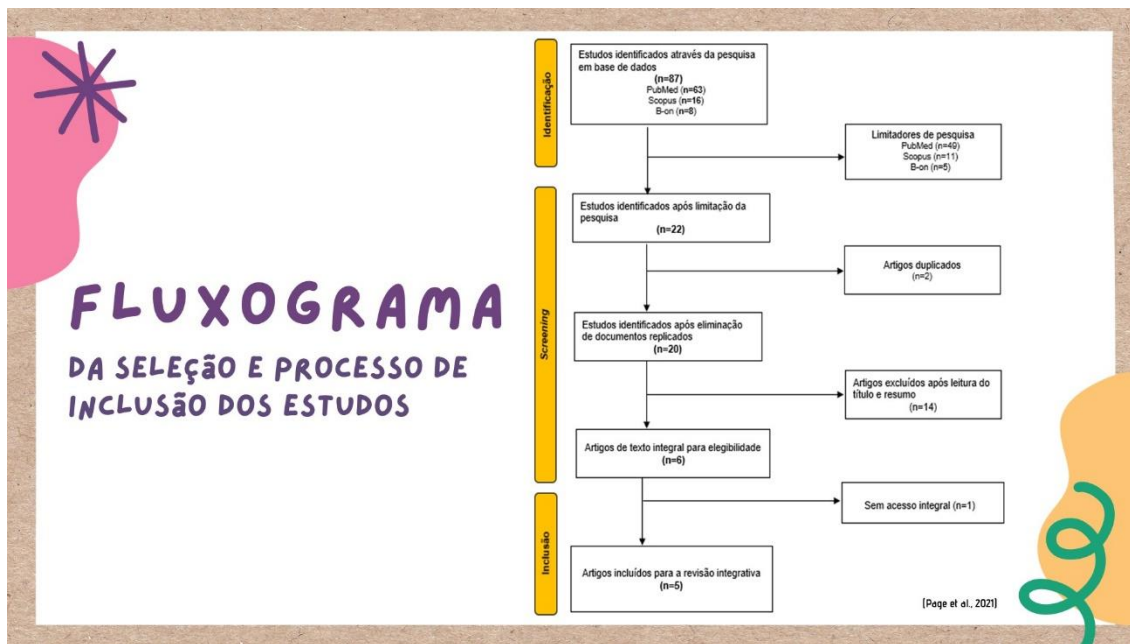







* MATRIZ PICIO



Participantes	Crianças em idade pré-escolar e escolar, ou seja, dos 3 aos 12 anos.
Intervenção	Programas de intervenção promovidos por enfermeiros em meio escolar.
Comparação	Não aplicável
Outcomes	Competências socioemocionais




Nº/ Autor/ Ano/ Título/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Objetivos /Métodos
E1/ Bermejo-Martins et al./ 2017/ An exploratory trial of a health education programme to promote healthy lifestyles through social and emotional competence in young children: Study protocol/ Espanha.	<p>Tipo de estudo: Estudo randomizado controlado.</p> <p>Participantes: 30 crianças com 5 e 6 anos. O grupo experimental (15 crianças) participou em dinâmicas baseadas no jogo e um diário emocional de forma a desenvolver capacidades de conhecimento emocional em torno de hábitos diários de saúde. O grupo de controlo (15 crianças) manteve a sua rotina escolar sem qualquer intervenção.</p>	<p>Objetivos: Implementar e avaliar um programa de educação para a saúde (CRECES) baseado no desenvolvimento da competência social e emocional em crianças.</p> <p>Métodos: As crianças foram aleatoriamente escolhidas. Realizada avaliação objetiva no grupo de controlo e experimental através: dados sociodemográficos (questionário sociodemográfico), habilidade verbal (Teste de PEABODY-II), conhecimentos emocionais (<i>Teste PERCEVAL V2.0</i>), competências sociais (<i>escala de PKBS I</i>), e perfil de saúde (Questionário CHIP-CE). No grupo experimental foi realizada avaliação do impacto percebido e aceitabilidade (entrevistas semiestruturadas) e viabilidade (diário emocional)</p>



Nº/ Autor/ Ano/ Título/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Objetivos /Métodos
E2/ Bermejo-Martins et al./ 2019/ Social and emotional competence as key element to improve healthy lifestyles in children: Results from a randomized controlled trial/ Espanha.	<p>Tipo de estudo: Estudo randomizado controlado.</p> <p>Participantes: 37 crianças com 5 e 6 anos.</p> <p>O grupo experimental (19 crianças) submetidas a estratégias e atividades, em horário pós-escolar, das emoções básicas correspondentes os hábitos saudáveis (alimentação, exercício físico, higiene e sono). O grupo de controlo (18 crianças) manteve a sua rotina escolar sem qualquer intervenção.</p>	<p>Objetivos: Averiguar o impacto do programa CRECES nas crianças de 5-6 anos como intermediários a adotar estilos de vida saudáveis.</p> <p>Métodos: Averiguar o impacto da intervenção comparativamente do grupo experimental (submetidas ao programa CRECES do estudo de Bermejo-Martins, 2017) e do grupo de controlo (sem alterações das rotinas diárias). Avaliação da viabilidade e aceitabilidade da intervenção do programa de educação para a saúde.</p>

Nº/ Autor/ Ano/ Título/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Objetivos /Métodos
E3/ Bidik & Sisman/ 2021/ School-based mental health programs for improving psychosocial well-being in children and adolescents: Systematic review/ Turquia.	<p>Tipo de estudo: Revisão sistemática da literatura.</p> <p>Participantes: Crianças e adolescentes.</p>	<p>Objetivos: Avaliar a eficácia dos programas de saúde mental em meio escolar em crianças e adolescentes. Perceber o papel do Enfermeiro no âmbito da educação para a saúde na escola.</p> <p>Métodos: Incluídos 16 estudos randomizados controlados da pesquisa em 3 bases de dados (PubMed, Scopus e CINHALL) sobre programas de saúde mental no âmbito escolar, nos anos 2010-2019.</p>



Nº/ Autor/ Ano/ Título/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Objetivos /Métodos
E4/ Boustani et al./ 2020/ Common elements of childhood universal mental health programming/ EUA.	<p>Tipo de estudo: Revisão da literatura.</p> <p>Participantes: Crianças com idade pré-escolar (3-11 anos).</p>	<p>Objetivos: Sintetizar os conhecimentos sobre os programas de saúde mental em meio escolar.</p> <p>Métodos: Identificados 78 programas de saúde mental em meio hospital em diversas pesquisas [uma revisão sistemática para identificar programas universais em crianças dos 3 aos 11 anos, em qualquer contexto; pesquisa na base de dados NREPP; programas registados em linha na Rede de Práticas Promissoras (<i>Promising Practices Network</i>), Projetos para o Desenvolvimento Saudável dos Jovens (<i>Blueprints for Healthy Youth Development</i>) e revisão CASEL 2013 (programas eficazes de aprendizagem pré-escolar e elementar social e emocional), pesquisa nas bases de dados PsycInfo, PubMed e ERIC de meta-análises e revisões sistemáticas da literatura].</p>

Nº/ Autor/ Ano/ Título/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Objetivos /Métodos
E5/ Helseth & Frazier / 2018/ Peer-assisted social learning for diverse and low-income youth: Infusing mental health promotion into urban after- school programs/ EUA.	<p>Tipo de estudo: Estudo quasi-experimental.</p> <p>Participantes: 30 de 35 crianças (86%) elegíveis de 24 famílias. As crianças eram principalmente do sexo masculino (63%) e tinham uma média de 7,6 anos de idade (intervalo de 5 a 11). Avaliaram o risco de problemas de saúde mental nas crianças: 70% apresentavam-se na faixa normal, 23% estavam na faixa limite e 7% estavam na faixa de risco clínico. Pelo menos 55% das famílias (11 de 20, pois 4 famílias não revelaram o valor dos rendimentos) apresentavam baixos rendimentos durante o estudo.</p>	<p>Objetivos: Desenvolver e implementar um modelo de <i>Peer-assisted Social Learning</i> (PASL) para desenvolver oportunidades para a resolução de problemas mediada por pares.</p> <p>Métodos: Aplicado o modelo PASL em programas pós-escolares por cerca de 30 minutos, destinados a melhorar as atividades de vida diárias. A equipa de programas pós-escolares intercedeu em 30 crianças, através de 21 atividades recreativas breves e estruturadas, que proporcionaram oportunidades para a resolução de problemas mediado por pares. As atividades eram apropriadas, envolventes e divertidas, mas no entanto desafiadoras e frustrantes para as crianças, de forma a gerar oportunidades de resolução de problemas. Incluíam aulas culturais, artes, debates sócio-emocionais e jogos recreativos.</p>

DISCUSSÃO



Esta revisão integrativa da literatura demonstra que as crianças de idade pré-escolar e escolar adquirem mais facilmente **competências socioemocionais** quando submetidas a programas de educação para a saúde promovidas por Enfermeiros em contexto escolar.

DISCUSSÃO

• Bermejo-Martins et al. (2017) (E1) tem como objetivo avaliar e implementar um programa de educação para a saúde - CRECES.

A avaliação é feita através do Teste PERCEVAL V2.0, que avalia:

- Percepção e compreensão emocional por 6 emoções básicas (alegria, raiva, medo, tristeza, nojo e surpresa);
- Competências básicas, através da Escala de PKBS II (que avalia as aptidões sociais através de comportamentos adaptativos ou positivos - cooperação social, interação social e independência social);
- Problemas comportamentais.

• Este programa adota uma visão global e integradora da saúde em crianças de 5-6 anos, ocorrendo melhoria das competências socioemocionais através de um nível de conhecimento emocional mais elevado, aumento das competências sociais básicas e uma melhor percepção das crianças e dos pais sobre o perfil de saúde da própria criança.

DISCUSSÃO

ITEM 12

ALEX ESTÁ EN SU CUMPLEAÑOS, RODEADO DE SUS AMIGOS. SONRÍE Y JUEGA SIN PARAR. ¿QUÉ CARA CREEES QUE TENDRÁ?



A B C
D E F

LCA
Universidade de Cádiz

Teste PERCEVAL V2.0

ITEM 2

¿QUIÉN DE LAS DOS CREEES QUE LE DIO MÁS ASCO LA COMIDA?
¿CRIS, TINA O A NINGUNA DE LAS DOS?

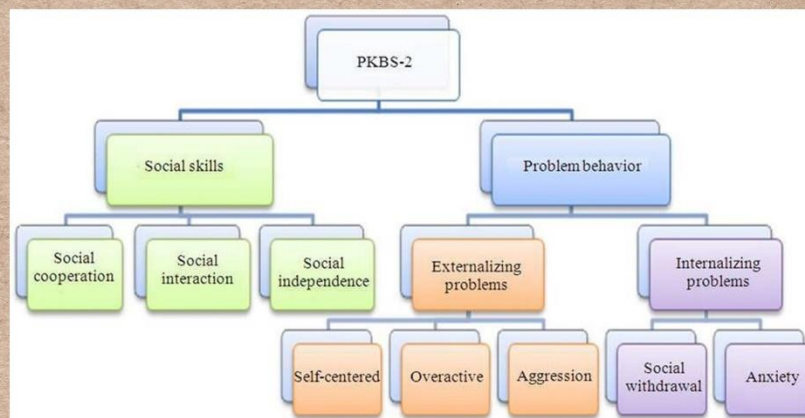


CRIS TINA

LCA
Universidade de Cádiz

DISCUSSÃO

Escala de PKBS II



DISCUSSÃO

- Bermejo-Martins et al. (2019) (E2) investigaram o impacto do programa CRECES 7 meses após a sua implementação – estilos de vida saudáveis relativamente à alimentação, exercício físico, cuidados de higiene e sono.

Nos **conhecimentos emocionais** (Teste PERCEVAL V2.0), constatou-se um impacto positivo na perceção emocional das crianças, e que as mesmas do sexo feminino obtiveram melhor pontuação que os rapazes.

Nas **competências sociais** (Escala PKBS II) não existiram alterações estatisticamente significativas entre as crianças.

No **perfil de saúde** apenas existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da dimensão resiliência.

- Demonstrou-se um efeito benéfico do programa na perceção emocional das crianças e na resiliência do perfil de saúde infantil, sendo uma mais-valia na melhoria das estratégias de educação para a saúde em contexto escolar e comunitário, com o objetivo final de alcançar melhores resultados de saúde em crianças de idade pré-escolar.

DISCUSSÃO

SEGUNDO O E1 E E2:

A forma como os pais encaram os seus problemas socioemocionais.

Educação fornecida pelos pais.

Envolvimento nos cuidados à criança.

São determinantes para o desenvolvimento de competências socioemocionais adequadas na criança.

Os pais devem ser considerados parceiros na prestação de cuidados de saúde à criança – fornecem o suporte necessário para o desenvolvimento de competências.

[Kornaros et al. 2020]

DISCUSSÃO



Bidik e Sisman (2021) (E3) avalia a eficácia dos programas de saúde mental em meio escolar em crianças e adolescentes, e qual o papel do Enfermeiro no âmbito da educação para a saúde na escola.

Melhoria do bem-estar psicossocial das crianças com as seguintes dimensões:

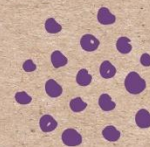
Competências socioemocionais	Capacidade de resolução de problemas e de lidar com a situação
Literacia em saúde mental	Capacidade de comunicação eficaz
Autoestima	Prevenção de estigma
Assertividade	Perceção corporal positiva
Autoeficácia	Autorregulação
Autoconfiança	Motivação
Apoio social	Empatia
Pensamento positivo	Autoconsciência
Participação social	Sensibilidade social gestão do stress e da raiva
Flexibilidade psicológica	

DISCUSSÃO



Os autores averiguaram que os programas de educação para a saúde no âmbito escolar, em crianças, não tiveram diferenças estatisticamente significativas relativas à empatia, comunicação, competências socioemocionais, competências emocionais e na gestão de stresse.

Quando se trata de adolescentes, estes programas não foram eficazes na variável estigmatização.



DISCUSSÃO

Constataram, de igual forma, a escassa participação dos Enfermeiros comparativamente com outros profissionais.

EEESIP deve apresentar uma participação ativa no que toca à promoção do desenvolvimento de competências socioemocionais na criança, pelo que é relevante salientar a importância do mesmo segundo o Regulamento nº 422/2018 da OE.

DISCUSSÃO

O Regulamento destaca as seguintes competências:

Assiste a criança/adolescente com a família na maximização da sua saúde, através da negociação do envolvimento da criança e família em todo o processo de cuidar;

Assegura a comunicação com a criança e família utilizando estratégias facilitadoras e motivadoras atendendo à idade, estágio de desenvolvimento e as características culturais;

Promove conhecimentos e aprendizagens de habilidades, facilitando o desenvolvimento de competências na gestão dos processos de saúde/doença;

Procura oportunidades para trabalhar com a família e a criança na adoção de comportamentos potenciadores de saúde;

Aplica conhecimentos ao nível do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança, com rumo à autonomia.

DISCUSSÃO

Boustani et al. (2020) (E4) sintetizam os conhecimentos sobre os programas de saúde mental em meio escolar, concluindo que os programas de educação para a saúde permitem desenvolver resiliência, minimizar comportamentos de risco e aperfeiçoar competências a longo prazo, tendo efeito na adolescência e até mesmo na vida adulta.

Todas as crianças, em qualquer etapa de desenvolvimento e dos diversos contextos económicos e culturais, beneficiam da participação em programas de educação para a saúde em meio escolar.

DISCUSSÃO

Helseth e Frazier (2018) (E5) concluíram que as crianças que participaram no modelo PASL que promovia atividades recreativas que proporcionavam desafios e oportunidades para resolução de problemas, melhoraram as suas habilidades e o seu comportamento social.

Ocorreram menos problemas comportamentais após a aplicação do modelo PASL, sendo mais observável em crianças mais velhas.

Ao nível das competências sociais, ocorreu melhorias nas crianças do sexo feminino mais jovens e sexo masculino mais velhas, comparativamente às crianças do grupo de controlo com a mesma idade. Em contrapartida, crianças do sexo masculino mais jovens e crianças do sexo feminino mais velhas apresentaram menos melhorias comparativamente ao grupo de controlo das crianças da mesma idade.

CONCLUSÃO



Existem diversos programas implementados e com frutos, ao nível da aprendizagem de competências socioemocionais nas crianças com implementação em ambiente, essencialmente, escolar.

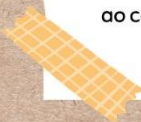
É verdade que as crianças passam grande parte do seu tempo na escola, mas não pode excluir-se desta função os pais, que devem ter um papel ativo na aquisição/promoção destas competências em todo o ciclo escolar.



CONCLUSÃO



Apesar destas competências serem adquiridas essencialmente em ambiente familiar e escolar, não pode descartar-se a intervenção do EEESIP, cuja função passa pela vigilância de sinais precoces (atitude antecipatória) e preocupantes na aquisição destas competências, pela entrevista à própria criança e aos pais, quer pela promoção da saúde e comportamentos saudáveis, com vista ao correto desenvolvimento da criança.



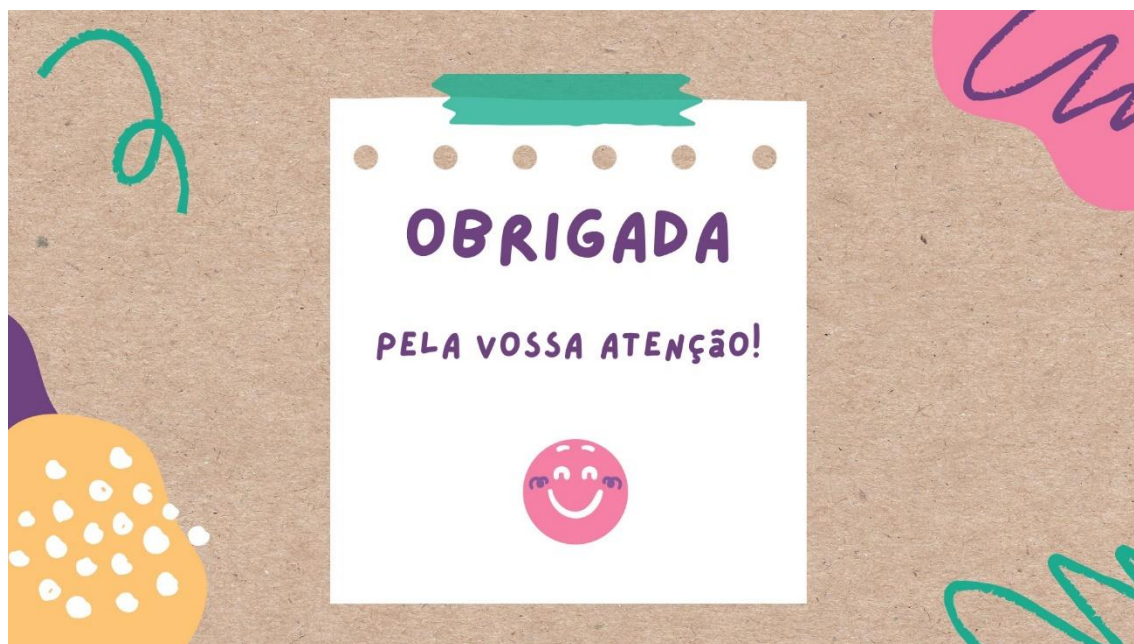
CONCLUSÃO

Estudos resultantes da pesquisa efetuada transparecem a complexidade deste tema, e denotam que, havendo aquisição incorreta destas competências, ou até um mau apoio parental ou escolar, pode repercutir-se na criança negativamente.

Assim, torna-se importante assegurar a correta aquisição das competências socioemocionais na criança, quer pela comunidade educativa, quer pela família como pela equipa de saúde, nomeadamente o EEESIP, de modo a assegurarmos o correto desenvolvimento da criança e o seu bem-estar físico, emocional e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernabeu-Martins, E., López-Dicastillo, D., & Mujika, A. (2017). An exploratory trial of a health education programme to promote healthy lifestyles through social and emotional competence in young children: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 211–222. <https://doi.org/10.1111/jan.13402>
- Bernabeu-Martins, E., Mujika, A., Iriarte, A., Pumar, M. J., Belintxon, M., Ruiz-Zaldibar, C., & Lopez-Dicastillo, D. (2019). Social and emotional competence as key element to improve healthy lifestyles in children: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14024>
- Bidk, G., & Sisman, F. N. (2021). School-based mental health programs for improving psychosocial well-being in children and adolescents: Systematic review. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 1(4).
- Boustani, M. M., Frazier, S. L., Chu, W., Lesperance, N., Becker, K. D., Helseith, S. A., Hedemahn, E. R., Dqje, R. R., & Chorpila, B. F. (2020). Common elements of childhood universal mental health 5.
- Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). From research to nursing practice applying the Roy adaptation model. *Escola Anna Nerj*, 15(4), 845–850. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1914-81452011000400026>
- de Moraes Rocha, M., & Sampaio, M. A. P. A. (2021). importância do desenvolvimento das competências socioemocionais para a aprendizagem: Uma revisão de literatura. *Educação Contemporânea-Volume 17 Reflexões*, 50. Acedido em https://pissom.com.br/livros/Educa_Contemporanea/volume17/Educacao_Contemporanea_voi17.pdf#page=50
- Helseith, S. A., & Frazier, S. L. (2018). Peer-assisted social learning for diverse and low-income youth: Infusing mental health promotion into urban after-school programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48(2), 286–301.
- Keeley, B. (2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind - Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health. UNICEF, 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017. Acedido em <https://www.unicef.org/media/3342/sowc-2021-full-report-english.pdf>.
- Korneros, K., Zweborg, S., Nissen, E., & Salomonsson, B. (2020). A hermeneutic study of integrating psychotherapist competence in postnatal child health care: Parents' perspectives. *Infant Mental Health Journal*, 41(1), 108–125.
- Merudhar, M., & Joseena, M. (2019). Roy's Adaptation Model of nursing. *Int J Sci Dev Res*, 4(1), 283–287. Acedido em <https://www.ijedr.org/papers/15DR1901049.pdf>.
- Oliveira, P. V. D., & Muszkel, M. (2021). Revisão integrativa sobre métodos e estratégias para promoção de habilidades socioemocionais. *Revista Psicopedagógica*, 38(115), 91–103. Doi: 10.51207/2179-4052.2020008
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Glasziou, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Leder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906. <http://dx.doi.org/10.1196/bmj.n71>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2019). *Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar*. DGS. Acedido em https://comumrcoop.pl/bitstream/10400.26/31861/1/SaudeMental_em_SaudeXCC%81de%20Escolar_2019.pdf.
- Portugal, Regulamento nº 422/2018 (2018, julho 12). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 1133, pp. 8192–8194. Acedido em <https://dre.pt/pes/detalhe/regulamento/422-2018-156689797-ty-845797200044>
- Valente, S. (2019). Competências socioemocionais: o emergir da mudança necessária. Acedido em <https://dspace.uvcoo.pl/rdoc/bitstream/10174/32106/1/Compet%3Ancias%20socioemocionais.pdf>



Anexo IV - Formação em Serviço “*Guia Orientador de Boas Práticas: O Sono na Criança e no Adolescente*”

Guia Orientador de Boas Práticas:
O SONO NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório Final – Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatría e de Neonatologia do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

Sob a orientação da EEESIP Cristina Coutinho e Prof. Doutora Isabel Bica

Janeiro, 2024

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
UCC Unidade de Cuidados na Comunidade
Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2023) GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: O sono na Criança e no Adolescente. Acesso em https://www.ordemdosenfermeiros.pt/media/11816/qsab_2023_01.pdf

Objetivos e Plano da Sessão

- Sintetizar a mais recente evidência científica acerca do Sono na Criança e Adolescente.
- Apresentar os pontos relacionados com o Sono da Criança e Adolescente mais importantes à equipa de Saúde Escolar.
- Dar aos Enfermeiros um conjunto de regras e informações sobre a importância do sono durante o período de desenvolvimento cerebral.

FASES	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
Introdução	Definição dos objetivos. Aspetos fundamentais do sono do RN ao Adolescente Neurofisiologia do Sono	Expositivo Interrogativo	Conexão à Internet Computador Power Point	5 min.
Desenvolvimento	As sestas Segurança durante o sono A alimentação e o Sono Higiene do Sono Estratégias de Promoção para a Autonomia do Sono Avaliação do Sono da Criança e Adolescente Processo de Enfermagem			18 min
Conclusão	Nota conclusiva			2 min.

Sumário

1. Aspectos Fundamentais do Sono do Recém-nascido ao Adolescente
2. Neurofisiologia do Sono
3. As sestas
4. Segurança durante o Sono
5. A Alimentação e o Sono
6. Higiene do Sono
7. Estratégias de Promoção para a Autonomia do Sono
8. Promoção do Sono em Contexto Hospitalar
9. Distúrbios do Sono
10. Avaliação do Sono da Criança e Adolescente
11. Processo de Enfermagem

1.

Aspectos Fundamentais do Sono do Recém-Nascido ao Adolescente

O que é o Sono



O sono é um **processo neurofisiológico complexo**, definido como um **estado comportamental caracterizado por inatividade física e de diminuição da resposta ao ambiente**, reversível.

(...) o sono não é apenas a ausência de vigília, mas um processo ativo, que permite a **reparação e recuperação do organismo**, preparando-o para o dia que se inicia, e constituindo a **atividade primária do cérebro em desenvolvimento**.

! O sono é um processo reparador e uma necessidade básica e vital do organismo, sendo fundamental para o crescimento saudável e desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental das crianças.

Funções do Sono

Em síntese: Um sono de qualidade e quantidade adequados à criança irá proporcionar consequências positivas para a sua saúde

Manutenção da vigília

Recuperação de energia

Regulação endócrina, imunológica e metabólica

Renovação celular

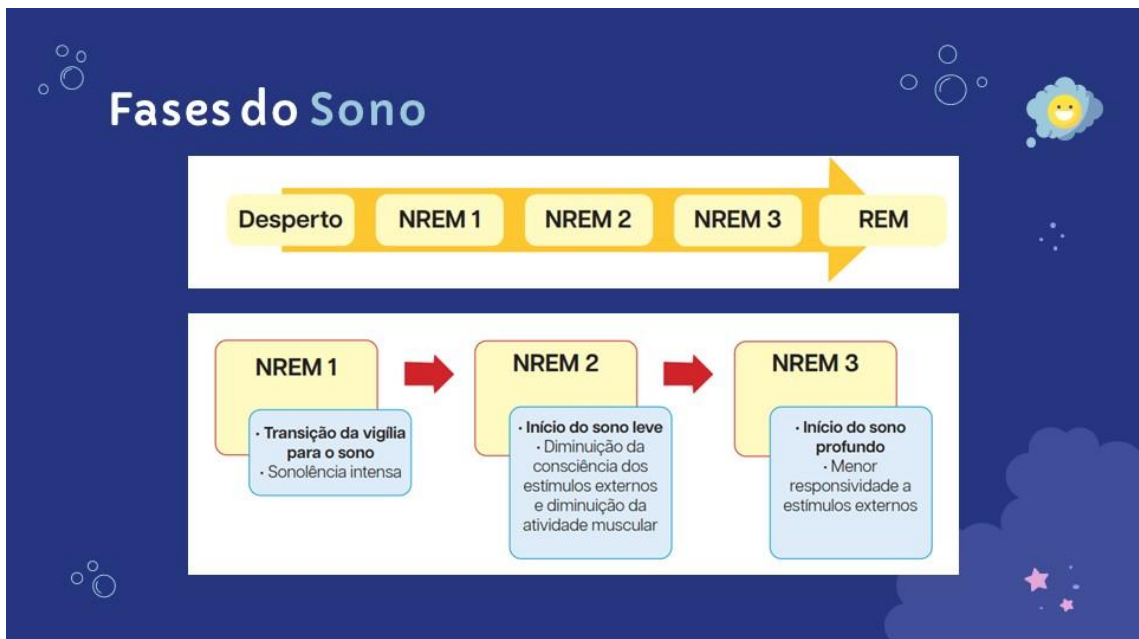
Desenvolvimento cognitivo

Comportamento e regulação emocional

Consequências da Privação de Sono

CURTO PRAZO	LONGO PRAZO
Perturbações Cognitivas <ul style="list-style-type: none"> Falta de atenção; Incapacidade para concluir tarefas; Perturbações da memória; Diminuição do raciocínio abstrato. 	Perturbações na Aprendizagem <ul style="list-style-type: none"> Problemas de coordenação e concentração; Diminuição do desempenho cognitivo; Mau rendimento escolar.
Alterações Comportamentais <ul style="list-style-type: none"> Sonolência diurna; Agressividade; Impulsividade; Hiperatividade. 	Alterações Orgânicas <ul style="list-style-type: none"> Diminuição das defesas imunitárias; Excesso de peso/obesidade; Hipertensão arterial; Diabetes tipo II.
Perturbações na Regulação Emocional <ul style="list-style-type: none"> Alterações do humor; Irritabilidade; Birras. 	Alterações Psicológicas <ul style="list-style-type: none"> Stress; Ansiedade; Depressão.
Alterações Motoras <ul style="list-style-type: none"> Diminuição da destreza; Aumento do risco de acidentes; Quedas frequentes. 	Alterações Familiares <ul style="list-style-type: none"> Diminuição da qualidade de vida dos pais, afetando o seu bem-estar, desempenho pessoal, profissional e parental; Risco de depressão materna, stress e disfunção familiar.

2. Neurofisiologia do Sono



Fases do Sono

REM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consolidação e integração de memórias ✓ Desenvolvimento do SNC 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior atividade cerebral/neuronal; • Aumento do metabolismo basal; • Atonia muscular; • Diminuição da temperatura corporal; • Frequências respiratória e cardíaca irregulares.
NREM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Função reparadora ✓ Repouso 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor atividade cerebral/neuronal; • Diminuição do metabolismo basal; • Diminuição da temperatura corporal; • Frequências respiratória e cardíaca regulares; • NREM 1: movimentos corporais reduzidos com capacidade de resposta diminuída; • NREM 2: diminuição dos movimentos oculares; redução do tônus muscular; desaceleração da respiração e da frequência cardíaca; • NREM 3: posição corporal relaxada; respiração lenta e rítmica; diminuição da frequência cardíaca.

3. As Sestas

A **sesta**, até à idade escolar, é uma necessidade biológica que **contribui significativamente para o tempo total de sono das crianças**, sendo conhecido o seu papel no **desenvolvimento cognitivo da criança**.

Em Portugal, a maioria das crianças não completa o número de horas de sono recomendado (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017), com a evidência científica a referir que aproximadamente 15% a 20% das crianças em todo o mundo relatam sonolência diurna excessiva.

4.

Segurança durante o Sono



Cama de Solteiro

Crianças com mais de 2 anos

A cama deve obedecer às normas de segurança europeias, devendo ser escolhidos modelos homologados pela Norma Europeia EN 1725.

- Escolher um modelo baixo (para evitar que a criança possa cair de uma altura elevada), sem aberturas na cabeceira e/ou pés (para evitar risco de aprisionamento);
- Encostar a cama a uma parede e colocar uma proteção lateral do lado oposto, para evitar quedas durante o sono;
- Colocar um tapete por baixo da cama, por forma a amortecer eventuais quedas.

5.

A Alimentação e o Sono

Na infância, destacam-se os hábitos alimentares e o padrão/hábitos de sono, como essenciais para o desenvolvimento e crescimento saudável e bem-estar da criança.



Alimentação na 1ª Infância/Idade Escolar

O aleitamento materno exclusivo é recomendado durante os primeiros 6 meses.

(...) cabe ao profissional de saúde incidir nos benefícios do aleitamento materno, quer a nível nutricional e imunológico, mas também emocional e no desenvolvimento da vinculação entre mãe-lactente, ressaltando sempre que este ato deverá ser considerado como benéfico e agradável para ambas as partes e não constituir um momento de *stress* ansiedade.



(...) a intervenção na promoção de hábitos alimentares saudáveis torna-se fulcral, uma vez que a criança se encontra numa fase de passagem progressiva de total dependência, para uma fase onde se vai tornando cada vez mais independente, sendo essencial a sedimentação de hábitos alimentares saudáveis.

(...) é fundamental que os pais/cuidadores tenham em consideração que se trata de uma fase transitória (...)

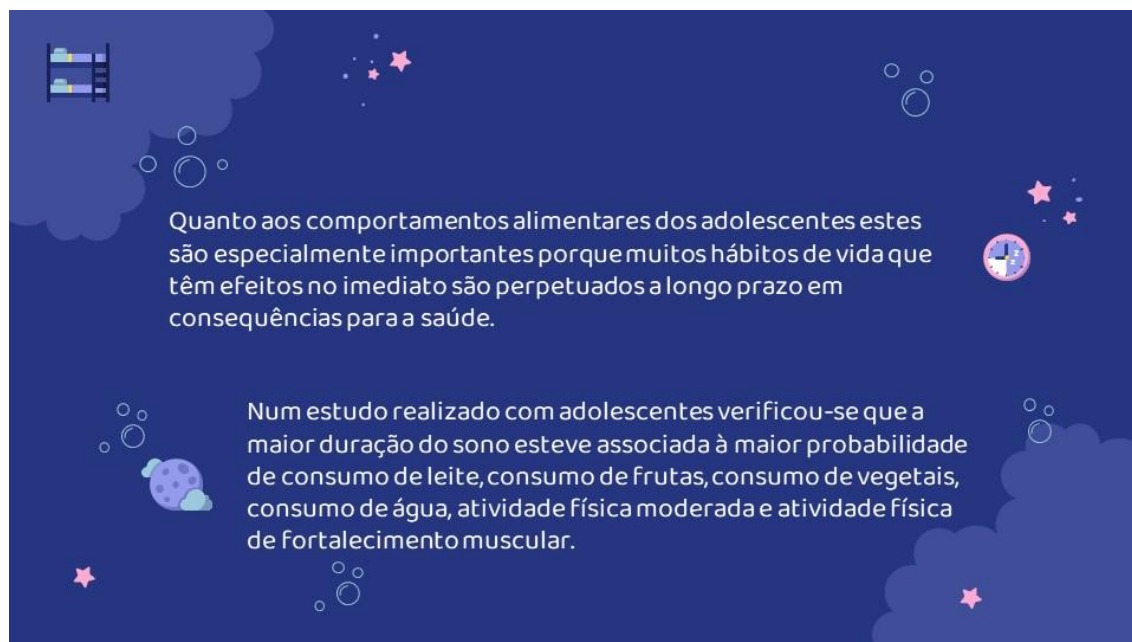
Alimentação e Sono na Idade Escolar/Adolescência

(...) um horário de sono tardio está associado a escolhas alimentares mais precárias, maior tendência para consumir alimentos pobres em nutrientes e com alta densidade energética (alimentos gordurosos, açucarados e salgados) e bebidas doces ou com cafeína.

75 % das crianças que tinham por hábito se deitar mais cedo, era por intervenção dos pais, ao contrário do grupo que tinha por hábito um horário de dormir mais tardio, apenas 22 % reportaram existir intervenção dos pais.



(...) as crianças que dormem mais cedo e consequentemente acordam mais cedo, em horário definido pelos pais, têm rotinas mais saudáveis, nomeadamente na hora das refeições, acabando por ter um padrão alimentar mais equilibrado e saudável.



Quanto aos comportamentos alimentares dos adolescentes estes são especialmente importantes porque muitos hábitos de vida que têm efeitos no imediato são perpetuados a longo prazo em consequências para a saúde.

Num estudo realizado com adolescentes verificou-se que a maior duração do sono esteve associada à maior probabilidade de consumo de leite, consumo de frutas, consumo de vegetais, consumo de água, atividade física moderada e atividade física de fortalecimento muscular.



6. Higiene do Sono

Conjunto de práticas e comportamentos que facilitam e promovem hábitos de sono saudáveis.

★ Estratégias de Higiene do Sono

Higiene do Sono na Criança e Adolescente

- Ter um horário regular e consistente de sono;
- Ter uma rotina de sono regular, previsível e relaxante;
- Ter um ambiente adequado no quarto;
- Não permitir a utilização de ecrãs antes de adormecer;
- Reduzir os alimentos e bebidas com estimulantes;
- Incentivar a prática de atividade física moderada, de preferência ao ar livre, com exposição diária à luz;
- Evitar atividades vigorosas antes de adormecer;
- Não ter fome ao deitar nem permitir a ingestão de líquidos excessivos ao deitar.

ESPECIFICAMENTE NA CRIANÇA:

- Ter tempo de convívio com os pais;
- Deitar a criança na sua própria cama sonolenta;
- Permitir que a criança se acalme de forma autónoma durante os despertares noturnos;
- Permitir o uso de um objeto de transição;
- Fazer sestas adaptadas à idade, desenvolvimento e necessidade da criança;
- Evitar associações de sono com questões comportamentais dos pais/cuidadores, para o início e manutenção do sono.

ESPECIFICAMENTE NO ADOLESCENTE:

- Estabelecer um horário de acordar e adormecer em conjunto, com alguma flexibilidade;
- Manter equipamentos eletrónicos fora do quarto;
- Evitar o consumo de álcool, tabaco ou drogas;
- Usar técnicas de relaxamento.

7.

Estratégias de Promoção para a Autonomia do Sono



A capacidade da criança para se autorregular durante a noite e, desta forma, ser autónoma, é fundamental para o seu desenvolvimento e crescimento, sendo considerado um dos sinais mais importantes de maturidade emocional.

É transversal a todas as metodologias a necessidade de estabelecer uma rotina diária, criar um ritual de sono adequado, promover um quarto com condições propícias ao sono e colocar a criança na cama sonolenta, mas ainda acordada.

Métodos de Promoção de Autonomia do Sono

Kim West

Método "sleep lady shuffle":

Consiste num afastamento gradual dos pais durante o sono, minimizando a frustração da criança e maximizando a sua confiança. É designado o "método da cadeira", que vai sendo afastada gradualmente, assumindo as seguintes posições: 1º: ao lado da cama; 2º: a meio caminho entre a cama e a porta do quarto; 3º: na entrada do quarto; 4º: fora do quarto e da vista da criança. Cada etapa dura três noites, ou seja, a cadeira muda de lugar a cada 3 noites.

Richard Ferber

Método do choro controlado: Consiste em deitar o lactente na cama ainda acordado, deixando-o sozinho durante períodos de tempo que vão aumentando gradualmente. A aplicar em lactentes entre os **3 – 5 meses**.

Tracy Hogg

Método pick up/put down: Consiste em colocar a criança ao colo sempre que chora durante o sono, voltando a deitá-la na cama quando estiver mais calma, mas ainda acordada. A aplicar em lactentes a partir dos **4 meses**.

10.

Avaliação do Sono da Criança e Adolescente





<p>Children Sleep Habits Questionnaire-PT (CSHQ-PT)</p>	<p>Objetivo: avaliar os hábitos e perturbações do sono das crianças. Instrumento de rastreio e não de diagnóstico de distúrbios de sono. Destinado a ser respondido pelos pais/cuidadores de crianças dos 4 aos 10 anos. Distingue crianças com distúrbios de sono de crianças saudáveis. Composto por 33 itens, agrupados em 8 subescalas: resistência em ir para a cama, início do sono, duração do sono, ansiedade associada ao sono, despertares noturnos, parassónias, perturbação respiratória do sono e sonolência diurna. Respostas: escala de Likert de 3 pontos – 1 (raramente ou nunca) a 3 (usualmente). Validado para a população portuguesa em 2012 por Helena Loureiro (Pediatra). Também validado por Parreira et al. (2019) para crianças com diagnóstico de perturbação do sono e crianças com PHDA.</p>
<p>Sleep Self Report-PT (SSR)</p>	<p>Validado para a população portuguesa em 2012 por Helena Loureiro (Pediatra). Questionário destinado a ser respondido pelas crianças (7 – 12 anos). Abrange questões dos mesmos domínios que as do CSHQ, o que permite correlacionar as respostas dos pais e dos seus próprios filhos.</p>
<p>Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ)</p>	<p>Questionário breve, formulado para a triagem de distúrbios do sono em lactentes e toddlers (0 – 3 anos).</p>
<p>Cleveland Adolescent Sleep Questionnaire (CASQ)</p>	<p>Questionário breve, multidimensional, de auto-preenchimento que avalia a sonolência diurna <i>versus</i> o estado de alerta diurno e noturno, em adolescentes de 11 a 17 anos. Composto por 16 itens, organizados em 4 subescalas: sono na escola, estado de alerta/acordado na escola, sono noturno e sono durante o transporte. As respostas aos itens são feitas numa escala de 5 pontos – 1 (nunca) a 5 (quase todos os dias). Adaptado e validado para a população portuguesa por Teresa Paiva, Joana Carneiro Pinto, Teresa Rebelo-Pinto & Helena Rebelo-Pinto em 2017.</p>



Diário de Sono

Considerado o instrumento mais fiável para quantificar o sono.

Preenchidos pela criança ou pelos cuidadores.

Registam dados como a hora de deitar, a latência do sono (tempo para adormecer no início da noite), número e duração dos despertares noturnos, hora do despertar, tempo total de sono, eficiência do sono (tempo a dormir e tempo passado na cama) e duração e hora das sestas.

Também são registadas eventuais medicações ou intercorrências durante a noite e percepção pessoal acerca da qualidade de sono.



BEARS

Facilmente implementada durante a consulta de vigilância de saúde infantil.

Permite identificar problemas de sono no âmbito dos cuidados de saúde primários.

B	<i>Bedtime problems</i>	Problemas de início do sono
E	<i>Excessive daytime sleepiness</i>	Sonolência diurna excessiva
A	<i>Awakenings during the night</i>	Despertares noturnos
R	<i>Regularity and duration of sleep</i>	Regularidade e duração do sono
S	<i>Sleep-disordered breathing</i>	Distúrbios respiratórios do sono

Exemplo de questões a colocar no Instrumento BEARS

	Toddler/Pré-escolar	Escolar	Adolescente
B	Problemas de início do sono O seu filho manifesta dificuldades em ir para a cama ou adormecer? (P)	O seu filho manifesta dificuldades na hora de ir dormir? (P) Tens dificuldades em ir para a cama no início da noite? (C)	Tens dificuldade em adormecer no início da noite? (C)
E	Sonolência excessiva diurna O seu filho costuma estar sonolento durante o dia e/ou faz sesta(s)? (P)	O seu filho tem dificuldade em acordar de manhã; parece sonolento durante o dia ou faz sesta? (P) Sentes-te cansado durante o dia? (C)	Sentes-te muito sonolento durante o dia? (C)
A	Despertares noturnos O seu filho acorda muitas vezes durante a noite? (P)	O seu filho acorda muitas vezes durante a noite? (P) Acordas muitas vezes durante a noite e tens dificuldade em readormecer? (C)	Acordas muitas vezes durante a noite e tens dificuldade em readormecer? (C)
R	Regularidade e duração do sono O seu filho costuma deitar-se e acordar à mesma hora? (P)	A que horas vai o seu filho para a cama e acorda, nos dias de semana e fins de semana? (P)	A que horas vais para a cama e acordas, nos dias de semana e fins de semana? (C) Quantas horas de sono em média fazes? (C)
S	Distúrbios respiratórios do sono O seu filho ressoa durante a noite ou tem dificuldade em respirar? (P)	O seu filho ressoa durante a noite ou tem dificuldade em respirar? (P)	O seu filho ressoa durante a noite ou tem dificuldade em respirar? (P)

Polissonografia

Estudo do sono por excelência, considerada a técnica *gold standard* para a realização de diagnósticos de várias patologias, permitindo um estudo rigoroso e completo do sono.

Exame complementar de diagnóstico normalmente realizado num laboratório de sono.

Um estudo polissonográfico completo pressupõe a realização de um registo eletroencefalográfico (EEG), eletromiográfico (EMG), assim como eletroculograma (EOG), para que seja possível realizar um estadiamento das várias fases do sono.

Indicações Polissonografia



Crianças com suspeita de distúrbios respiratórios do sono (como SAOS e apneia da infância).

Crianças com movimentos periódicos dos membros (para o diagnóstico de distúrbio de movimentos periódicos dos membros).

Crianças com hipersônia e com suspeita de narcolepsia, bem como para o diagnóstico diferencial de crises epiléticas durante o sono.

Recém-nascidos pré-termo, crianças/jovens obesos, com drepanocitose, hiperatividade e déficit de atenção e autismo.

Todas as crianças com trissomia 21 entre os 3-4 anos

Actigrafia

Deteta o movimento, usando um dispositivo semelhante a um relógio posicionado no punho ou tornozelo.



Baseia-se num registo computadorizado que permite identificar períodos de sono com segurança, através do estudo da atividade muscular.

- Não invasivo, com baixos custos, podendo ser usado por longos períodos (tipicamente 7-14 dias consecutivos).
- Apresenta uma alta falsa positividade para pontuar momentos de vigília em lactentes.
- Não deve ser vista como substituta da PSG.
- Muito útil em situações onde ocorrem distúrbios do ritmo circadiano (ao contrário da PSG).

11. Processo de Enfermagem

A elaboração de um **plano de cuidados individualizado e personalizado** nesta temática pressupõe uma **colheita de dados em profundidade sobre o sono** da criança/adolescente e/ou problemas de saúde que o podem influenciar recorrendo a fontes primárias de informação (criança, mãe/pai ou cuidador(es) principais) e fontes secundárias (educadores, professores, terapeutas, exames complementares de diagnóstico, etc.).

Focos de Atenção segundo a CIPE®



Foco de Atenção

SONO

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
Sono adequado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sono (duração e qualidade) • Promover o sono • Otimizar ambiente físico (luz, ruído e temperatura) • Gerir o ambiente (em função da idade, cuidados a prestar e necessidades sono) • Planear o repouso • Planear o sono (minimizando manipulações e possíveis despertares) • Negociar cuidados com a criança
Sono comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sono: <ul style="list-style-type: none"> ■ Dificuldade em adormecer ■ Duração do período de sono (em horas) ■ Qualidade do sono (reparador ou não) ■ Período em que ocorre (dia ou noite) ■ Implicações nas atividades de vida diária • Vigiar comportamento • Promover o sono • Otimizar ambiente físico (luz, ruído e temperatura) • Gerir o ambiente (em função da idade, cuidados a prestar e necessidades sono) • Planear sono (minimizando manipulações e possíveis despertares) • Vigiar a sonolência • Negociar cuidados com a criança • Envolver no processo de tomada de decisão • Avaliar o processo familiar • Vigiar a respiração • Monitorizar apneias • Avaliar tolerância à atividade física • Instruir técnica de relaxamento • Executar técnica de relaxamento • Orientar para uso de técnica de relaxamento • Planear técnica de relaxamento • Planear a atividade física • Otimizar as crenças • Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados

Foco de Atenção

SONO

Conhecimento para promover o sono	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento para promover sono: <ul style="list-style-type: none"> ■ Técnica de relaxamento ■ Complicações associadas ao compromisso do sono ■ Estratégias não farmacológicas
Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar potencial para melhorar o conhecimento: <ul style="list-style-type: none"> ■ Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem ■ Força de vontade para aprender ■ Conscientização das mudanças no seu estado saúde ■ Capacidade cognitiva • Ensinar sobre sono <ul style="list-style-type: none"> ■ Ensinar sobre padrão de sono ■ Ensinar sobre técnicas de relaxamento
Conhecimento da mãe/pai ou prestador de cuidados para promover o sono	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento da mãe/pai ou prestador de cuidados sobre promoção do sono: <ul style="list-style-type: none"> ■ Técnica de relaxamento ■ Complicações associadas ao compromisso do sono ■ Estratégias não farmacológicas ■ Estratégias farmacológicas
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe/pai ou prestador de cuidados para promover o sono	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento da mãe/pai ou prestador de cuidados sobre promoção sono • Ensinar a mãe/pai ou prestador de cuidados sobre (higiene do) sono da criança/adolescente: <ul style="list-style-type: none"> ■ Horários – definir horários regulares em todos os dias da semana (não exceder 30 minutos antes ou depois do horário estabelecido) ■ Rotina de preparação e sinalização da hora de dormir – desligar equipamentos eletrónicos 1h antes e desviá-los fora do quarto, realizar atividades calmas e relaxantes de forma sequencial (induzir relaxamento e sono) ■ Ambiente físico – ambiente e temperatura ambiente agradável, escurecido e calmo ■ Alimentação – alimentar com refeições leves (pobres em açúcares, gorduras e hidratos carbonos), se necessário, pois a fome pode perturbar o início do sono ■ Hidratação – restringir líquidos antes de dormir (diminui necessidade de troca fraldas, ir ao wc ou enuresse) e não oferecer bebidas estimulantes após o lanche ■ Atividade física – incentivar atividade física diurna, restringindo-a 3h antes de deitar (pode aumentar tempo latência do sono) ■ Cama – adequar a faixa etária e deitar em cama própria quando estiver sonolenta ■ Problemas mais comuns relacionados com o sono e estratégias de resolução (despertares noturnos, sonambulismo, bruxismo, etc.) • Ensinar mãe/pai ou prestador de cuidados sobre padrão de sono • Instruir mãe/pai ou prestador de cuidados a executar a técnica de relaxamento • Ensinar mãe/pai ou prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas • Ensinar sobre medicação • Dar material de leitura (folheto informativo, etc.)

★

Foco de Atenção

INSÔNIA

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
Insónia presente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar insónia (Inicial, Intermédia, Final ou Total) • Avaliar humor • Gerir regime terapêutico • Vigiar comportamento • Avaliar fadiga • Avaliar desempenho escolar • Vigiar sonolência (diurna, frequência) • Avaliar conhecimento sobre insónia: <ul style="list-style-type: none"> ■ Complicações ■ Estratégias não farmacológicas • Ensinar sobre abuso de substâncias (tabaco, álcool, café...)

☾

★

Foco de Atenção

DOR

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
Dor presente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar dor • Monitorizar dor (escala adequada faixa etária e/ou condição da criança/adolescente) • Vigiar a dor • Gerir a analgesia • Administrar o analgésico (em intervalos regulares) • Executar estratégias não farmacológicas de alívio da dor • Posicionar

☾

Foco de Atenção
CONFORTO

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
Conforto comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conforto da criança • Avaliar o choro • Avaliar a ansiedade • Vigiar o comportamento • Executar técnica de distração • Executar técnica de imaginação guiada • Executar técnica de massagem • Executar técnica de relaxamento • Gerir o ambiente • Gerir medidas de segurança • Promover o conforto • Orientar para o uso de técnicas de relaxamento • Trocar a fralda • Promover a privacidade

Foco de Atenção
ELIMINAÇÃO

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
Enurese presente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar enurese • Promover o sono – reduzir incómodo da mudança da cama <ul style="list-style-type: none"> ■ Colocar dupla camada de resguardos e lençol ■ Deixar um pijama extra ao lado da cama • Elogiar a criança (sempre que não urine na cama) • Planear a ingestão de líquidos – reduzir ingestão de líquidos e bebidas, com cafeína após o lanche • Instruir sobre ingestão de líquidos • Treinar o uso do sanitário • Vigiar a eliminação urinária
Conhecimento sobre enurese	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre enurese • Ensinar sobre enurese: <ul style="list-style-type: none"> ■ Situação transitória e porque ocorre – importante não culpabilizar a criança (para esta não se isolar, sentir medo ou apresentar sinais de diminuição da autoestima) ■ Treino da capacidade da bexiga: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Aprender a reter a urina durante maiores períodos de tempo ◆ Diminuir a ingestão de líquidos após o lanche ◆ Evitar bebidas com cafeína ◆ Esvaziar a bexiga na totalidade antes de se deitar • Ensinar sobre treino vesical • Ensinar sobre ingestão de líquidos

Conclusão



Este guia pretende ser um instrumento para ser usado por enfermeiros no sentido da sensibilização e capacitação familiar para hábitos saudáveis de higiene do sono e na consciencialização da importância da prevenção de distúrbios do sono e inerentes riscos de perturbações no desenvolvimento dos recém-nascidos, crianças e adolescentes.

(...) que este guia seja útil, ajudando à reflexão, e, também, um documento dinâmico, contribuindo, de alguma forma, para a qualidade dos cuidados de enfermagem, para o bem-estar do utente pediátrico e para o progresso da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.



OBRIGADA pela
vossa **atenção**



Anexo V - Avaliação Metodológica dos Estudos Incluídos

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Reviewer JT Date 13/03/2024

Author Cortez et al. Year 2020 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Reviewer JT Date 13/03/2024

Author Colonetti et al. Year 2022 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer JT Date 13/03/2024

Author Perez et al. Year 2022 Record Number _____

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

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer JT Date 13/03/2024

Author Romero-Maldonado et al. Year 2022 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Reviewer JT Date 13/03/2024

Author Fu et al. Year 2023 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)
