



**Mestrado em Enfermagem**  
*Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria*  
Relatório de Estágio

**A Alimentação Oral Precoce no  
Recém-Nascido Pré-Termo.  
Fatores Promotores da Amamentação Exclusiva.**

**Leonor Sofia Barnabé Antunes**

**Lisboa  
2018**



**Mestrado em Enfermagem**  
*Área de Especialização de Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediatria*  
Relatório de Estágio

**A Alimentação Oral Precoce no Recém-Nascido Pré-  
Termo. Fatores Promotores da Amamentação  
Exclusiva.**

**Leonor Sofia Barnabé Antunes**

Orientador: Maria Alice dos Santos Curado

**Lisboa**

**2018**



## Agradecimentos

Mãe e Zé, olhando para trás nem todos os dias foram fáceis, mas sem dúvida que sem vocês, por milhões de razões, nem sequer teria sido possível. Pelos inúmeros dias que não estive presente e vocês fizeram de pais e avós, pelos dias em que estive mas “cansada”, por aqueles que aí vêm apesar de não poderem compensar... Sei que vos exigi muito mais do que vocês de mim em toda a minha vida mas é por orgulho em ser vossa filha que estou tão feliz por ter chegado aqui. Nunca vos vou conseguir agradecer o suficiente.

Inês, foram os teus passos que sempre quis seguir. És o exemplo de quem quero ser como irmã, mãe, a nível académico e profissional (mesmo percorrendo caminhos tão diferentes). Apesar de longe, mesmo quando o telefonema que te faço é só psicológico penso em ti (em vocês também minhas sobrinhas) todos os dias. És a minha pessoa preferida.

Mimocas, provavelmente não percebes bem o que aconteceu durante estes longos meses (eras tão pequenino quando comecei e ainda pequeno estás tão crescido! Que conquistas extraordinárias tiveste!). Nada, nunca, vai compensar as minhas ausências e as perdas que vivemos juntos neste caminho embora de forma tão diferente. Este percurso foi também por nós os dois, pelo que aí vem. Amo-te gigante de infinito.

À minha família escolhida, por terem estado presentes na altura mais desafiante da minha vida a arrancar-me sorrisos, algumas vezes depois das lágrimas, pela força, pelo apoio, por respeitarem o meu silêncio sem nunca me fazerem sentir só, por a amizade ser um amor único que se multiplica e nunca acaba.

À minha família, pelos mimos que iam chegando sobre a forma de abraços e chocolates e que davam energia sempre para mais um bocadinho.

A todos, bem hajam!

Obrigada professora Alice, pela paciência, disponibilidade, exemplo e carinho.

Obrigada a todos os orientadores e profissionais (e pessoas) que deram o seu contributo neste percurso académico e profissional.

Luci, só contigo podia ter iniciado um projeto destes e que orgulho ao teu lado  
terminar. BFF!

Inês, este percurso trouxe-me uma pessoa fantástica: tu. Obrigada pelos risos,  
resmungos e toda a ajuda minha BP!

Com todas as pedras no meu caminho não construí um castelo mas escrevi um  
livro!



"A vida é breve, mas cabe nela muito mais do que somos capazes de viver."

"Tentei não fazer nada na vida que envergonhasse a criança que fui."

José Saramago

## **Siglas**

AM - Aleitamento materno

CCD - Capacidade para coordenar a deglutição

CCF- Cuidados Centrados na Família

CD- Cuidados para o desenvolvimento

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEF - Capacidade para manter a estabilidade fisiológica

CNT - Cuidados Não Traumáticos

COFO - Capacidade para organizar o funcionamento oro-motor

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EFS – Early Feeding Skills

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

IHAB – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

LM- Leite materno

MC – Método Canguru

MCEESIP - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MNFCD- Medidas não farmacológicas de controlo da dor

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN- Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIEN - Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde Familiar

## Resumo

O presente relatório é um instrumento elaborado ao longo de um processo de aprendizagens individuais no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria. Partindo da evidência científica, quadros de referências e filosofias de cuidados de enfermagem e com base nos documentos orientadores da profissão, foi possível o desenvolvimento de um conjunto de competências para a compreensão da dimensão do exercício profissional do enfermeiro especialista, promovendo a prestação de cuidados especializados. Utilizando a metodologia de projeto, partindo de um problema sentido a nível pessoal e institucional, foi construída esta ferramenta reflexiva sobre os objetivos e atividades delineadas. A metodologia da sua elaboração teve como base o pensamento crítico e construtivo na e sobre a prática para o desenvolvimento de competências no âmbito da alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo com enfoque nos fatores promotores da amamentação exclusiva.

Os recém-nascidos pré-termo, pelas suas particularidades, apresentam necessidades específicas de nutrição e proteção, devido ao risco de crescimento inadequado e atraso no desenvolvimento. A assistência prestada a estes recém-nascidos tem como principal foco o cuidado individualizado para o desenvolvimento, centrado na família e com vista à qualidade de vida. Este cuidado pressupõe o início da amamentação o mais precocemente possível, incentivando o aleitamento materno. Pela sua imaturidade, os recém-nascidos pré-termo passam por várias etapas de alimentação até iniciarem a amamentação. O início da alimentação oral do RN PT tem implicado divergências de opiniões entre os profissionais de saúde, tanto na prática como na literatura, assim como qual a técnica mais adequada e segura para o alimentar, seguindo um plano cuidados individualizado, visando ao aleitamento materno.

**Palavras-chave:** recém-nascido pré-termo, alimentação oral precoce, amamentação.

## **Abstract**

This report was created as a result of the learning process and individual experiences that took place during a Nursing Master's Degree, within the Paediatrics and Children's Health speciality.

Using evidenced based research, reference studies and nursing care philosophies, together with the nursing profession standards and guidance documents, it was possible to develop a key set of competences for the understanding of the professional role of the nurse specialist, and the specialised nursing care it entails. Employing project methodology and using an area for development identified both personally and at an institutional level, this reflective report was created over the developed activities and the goals previously set out.

It originated from applying critical and constructive thinking into clinical practice, in order to develop competences for early oral feeding of preterm new-borns, focusing on the factors promoting exclusive breastfeeding.

Due to a higher risk of inadequate growth and developmental delays, preterm new-borns present with very specific needs regarding nutrition and protection. As a result, the care provided to these neonates must focus on a family centred approach through individualised developmental care plans directed at quality of life.

An early start to breastfeeding at an early stage is paramount to this approach, promoting the qualities of breastmilk. As a result of their immaturity, preterm babies experience different stages of feeding until they are able to breastfeed. There are conflicting opinions amongst health professionals, both in practice and in literature, not only as to when to begin oral feeds on preterm new-borns but also, which is the safest and more adequate technique to use, in view of an individualised feeding plan that promotes breastfeeding.

**Key-words:** preterm new-born, early oral feeding, breastfeeding.

# Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>1.Referencial Teórico.....</b>	<b>15</b>
1.1 A Teoria das Transições na promoção de competências para a parentalidade .....	15
1.2 Os Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados como abordagem fundamental em pediatria.....	177
1.3 Os Cuidados para o Desenvolvimento na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.....	200
<b>2 Problemática.....</b>	<b>255</b>
2.1 Alimentação Oral Precoce.....	255
2.2 O Recém-nascido Pré-termo e o percurso para a Parentalidade.....	300
2.3 Amamentação na Prematuridade.....	333
2.4 Terapêuticas de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro. ....	388
<b>3 O caminho para o desenvolvimento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria .</b>	<b>433</b>
3.1 Cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na promoção da alimentação, nas diferentes etapas do desenvolvimento. ....	477
3.2 A alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo, na promoção da amamentação exclusiva.....	611
<b>4 Considerações finais .....</b>	<b>677</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>722</b>

## Anexos

**Anexo 1:** Modelo teórico de Afaf Meleis

**Anexo 2:** Benefícios do Método Canguru

**Anexo 3:** Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral – EFS  
– Versão Modificada

**Anexo 4:** Reflexo de ejeção do leite materno

**Anexo 5:** Alterações na mama durante a gravidez & Diferenças na composição do leite materno de mães de recém-nascidos de termo e pré-termo

**Anexo 6:** A extração de Leite Materno na Neonatologia

**Anexo 7:** Programa das XLV Jornadas Nacionais de Neonatologia

**Anexo 8:** Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

## **Apêndices**

**Apêndice 1:** Cronograma de Estágio

**Apêndice 2:** Plano de Atividades a Desenvolver

**Apêndice 3:** Resumo do Projeto

**Apêndice 4:** Guião de Registo da Observação de Experiências de Transição

**Apêndice 5:** Registo de Observação de uma Experiência de Transição

**Apêndice 6:** Amamentar como medida não farmacológica de controlo da dor

**Apêndice 7:** Protocolo - Alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo. Fatores promotores da amamentação exclusiva: a Scoping Review.

**Apêndice 8:** Posters Apresentados no European Society of Paediatric Neonatal Intensive Care 2017

**Apêndice 9:** Poster Apresentado nas Comemorações do 9.º Aniversário da ESEL

**Apêndice 10:** Poster apresentado na Conferência Internacional Aleitamento Materno 2017

**Apêndice 11:** Guião entrevista semiestruturada

**Apêndice 12:** Sessão de Formação

## **Introdução**

A Enfermagem é uma ciência humana, de orientação prática com enfoque na promoção dos projetos de saúde individuais, de modo a compreender a forma como cada um vivencia os desafios que as alterações nos estados de saúde e as transições que experimentam lhes colocam (Pereira, 2009).

Os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias, estas em constantes processos de transição, e consequentes mudanças que estes provocam nas suas vidas. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição vai promover o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas (Meleis, 2000).

No decorrer do 7º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado de Especialização na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria foi elaborado um projeto - traçando objetivos, atividades e perspetivando recursos - de forma a desenvolver um conjunto de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), que me permitiram compreender a dimensão do exercício profissional do enfermeiro especialista numa lógica de enfermagem avançada, para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem avançados à criança/jovem e sua família. O presente relatório foi desenvolvido ao longo de um percurso de aquisição de competências na área da Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem nas vertentes científica, ética, cultural, técnica e humana, em que o Enfermeiro Especialista deve ser detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) reforça que estes se devem debruçar sobre os valores, a ética e o desenvolvimento dos cuidados na prática de enfermagem com respeito pelos direitos e interesses de cada cidadão. As intervenções de enfermagem devem ter por base a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa tendo a relação profissional como

valores universais a igualdade, capacidade de decisão, a verdade, a justiça, o altruísmo e a solidariedade, no sentido de aquisição de competências e aperfeiçoamento profissional. O título de Enfermeiro Especialista reconhece competências científicas, técnicas e humanas que permitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A OE (Diário da República, 2010) enfatiza que o EEESCJ deve utilizar um modelo concetual centrado na criança e família de forma a prestar cuidados de nível avançado em parceria com a criança e família/pessoa significativa, tendo como desígnio o trabalho em parceria, para fomentar o melhor estado de saúde possível, através da mobilização de recursos de suporte, com segurança, competência e satisfação, respondendo às suas necessidades específicas. Este documento pretende constituir uma ferramenta que contempla o percurso realizado ao longo dos diferentes contextos de estágio, para a aquisição das competências comuns e as específicas de enfermeira especialista propostas, resultantes do autodiagnóstico de necessidades. Para tal foi desenvolvido um raciocínio crítico e reflexivo sobre as filosofias de cuidados e o quadro de referência de enfermagem orientadores da prática, após a síntese da evidência científica sobre a temática em estudo. Tendo em conta os modelos e tendências de intervenção na enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este relatório irá centrar-se, não só nas competências que me propus desenvolver mas também nas intervenções que é necessário desenvolver na área da alimentação oral precoce do recém-nascido pré-termo e que influenciam a amamentação exclusiva, com todos os ganhos de saúde que lhes estão associados.

O presente trabalho teve como base processos de reflexão, concetualização e investigação no corpo de conhecimento da disciplina de Enfermagem e seus paradigmas. Deve ser reconhecida a cada pessoa a capacidade e possibilidade de ser agente e parceiro nas decisões da sua saúde, numa visão holística em que cada pessoa é considerada um ser único maior do que as somas das suas partes, com múltiplas dimensões. Com vista a atingir um completo estado de bem-



estar a pessoa e o enfermeiro devem ser companheiros nos cuidados, atendendo que cada fenómeno é único e sentido por cada um de forma individual e intransponível (Kérouac et al., 1996).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, utilizada como referencial teórico de enfermagem ao longo do relatório, permitiu uma melhor compreensão dos processos de transição vivenciados por cada indivíduo. Através de uma visão completa e aprofundada é possível o estabelecimento de orientações para a prática de enfermagem, assim como de estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis, 2010).

De acordo com Afaf Meleis (2010) a Enfermagem é uma ciência humana que trata de reações e potenciais reações humanas e ambientais perante situações de saúde e doença, que deve considerar todos os aspetos que rodeiam a pessoa, família e pessoas significativas numa visão holística, de forma a poder responder às suas reais necessidades e facilitar os processos de transição adequando as suas terapêuticas. É necessário compreender as vivências e conhecer as condicionantes pessoais, familiares, da comunidade e da sociedade de forma a reconhecer as que podem ser facilitadores ou dificultadoras do processo até o indivíduo alcançar uma transição saudável: a reformulação da sua identidade, domínio de novas habilidades e alteração de comportamentos (Meleis, 2010).

O enfermeiro deve conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e sua família ao longo do seu ciclo vital, estando consciente das dificuldades e das adaptações a situações que geram instabilidade, de forma a promover um processo de transição saudável. As terapêuticas de enfermagem devem proporcionar conhecimento e capacidade desencadeando respostas positivas às transições capazes de restabelecer o bem-estar (Meleis, 2010).

A transição para a parentalidade consiste num processo de transformação no qual os pais tem de redefinir a sua identidade parental e desenvolver competências que lhes permitam gerir as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e do binómio saúde-doença, que ocorrem com o nascimento do filho. A compreensão das experiências parentais por parte dos enfermeiros permite que

estes apoiem os pais na transição para a parentalidade, potenciando a aquisição de habilidades parentais e bem-estar emocional.

Relativamente às Filosofias de Cuidados de Enfermagem, os cuidados centrados na família são um pilar na enfermagem pediátrica. Segundo Hockenberry e Winkelstein (2014, p.10), “a filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança” constituindo-se como chave do cuidado o respeito, o apoio e a colaboração. De acordo com os autores, há partilha de conhecimentos, aptidões e recursos, o que permite um crescimento físico, emocional e social da família uma vez que os pais não são visitas nem técnicos, são parceiros no cuidar. Esta forma de cuidar contribui para que a vinculação seja estabelecida e/ou mantida, permitindo de forma flexível manter o desenvolvimento dos papéis e laços familiares (Ferreira & Costa, 2004).

Na construção deste documento pretendeu-se dar resposta a necessidades pessoais e profissionais identificadas na prática de cuidados. O presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos: o primeiro capítulo refere-se ao referencial teórico conceptual e constitui-se em três subcapítulos nos quais é sintetizada a evidência científica, as filosofias de cuidados e o referencial teórico de enfermagem que suportam a análise do mesmo; o segundo capítulo refere-se à definição da problemática e suas dimensões, ponto de onde partiu a concretização do projeto delineado, através da evidência existente; o terceiro capítulo consiste na reflexão crítica sobre desenvolvimento de competências realizado no percurso dos diferentes contextos de estágio e estruturado de acordo com os objetivos e atividades delineados. No quarto capítulo tecem-se as considerações finais sobre o percurso desenvolvido, nomeadamente as aprendizagens significativas e as competências adquiridas nesta trajetória, assim como projetos que se perspetivam no futuro.

“A prática do cuidar é uma arte e não uma ciência” (Hesbeen, 1997, p.11).

## **1. Referencial Teórico**

O objetivo major da Enfermagem na área da Pediatria consiste na prestação de cuidados de saúde de qualidade às crianças, jovens e suas famílias, centrados nas respostas às suas necessidades. No binómio criança-família, a criança deve ser vista como um ser vulnerável, cujos pais/pessoa significativa devem ser valorizados como primeiros prestadores de cuidados. Para tal é essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, prevenção da doença e promoção da saúde e preservação da sua segurança e bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Uma prática de cuidados de excelência resulta da aplicação de conhecimentos tomados da evidência científica, baseados em resultados de estudos sistematizados e opinião de peritos, dos referenciais teóricos da enfermagem e do quadro regulador da profissão. A revisão da literatura que se segue pretende conceptualizar os fundamentos do relatório e sua pertinência para a prática de cuidados.

### **1.1 A Teoria das Transições na promoção de competências para a parentalidade**

A teoria de médio alcance de Afaf Meleis (ver anexo 1) pretende providenciar uma estrutura que permita descrever, compreender e interpretar e ou explicar os fenómenos específicos da Enfermagem que refletem e emergem da prática. Esta teoria foca-se nos processos transacionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. Certos aspetos da vida de um indivíduo são afetados mais do que outros pela transição de uma certa vivência e, a extensão e intensidade desta influência podem variar ao longo do tempo (Meleis, 2012).

Uma transição consiste em passar de um estado ou condição estável para outro estado igualmente estável, o que requer por parte da pessoa a integração de conhecimentos e alteração de comportamento com conseqüente mudança. Na teoria de médio

alcance das transições este processo caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção única de cada pessoa.

As transições constituem os resultados de mudança na vida, saúde, relacionamentos e ambiente. No que diz respeito à sua natureza as transições podem ser do tipo desenvolvimental (mudanças no ciclo vital), situacional (acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional). Estas são complexas e multidimensionais, podem ser simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e implicam sempre uma consciencialização relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição após um evento crítico, tendo como propriedades a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos. Para a consciencialização da ocorrência da transição é necessário o conhecimento e reconhecimento da mesma. Todas as transições desencadeiam mudança nas percepções, identidades, relações e rotinas sendo fundamental identificar os seus significados com base nas expectativas pessoais, familiares e sociais (Meleis, 2010).

Cada evento crítico exige por parte do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência por constituir um período de maior vulnerabilidade para a pessoa. É necessário compreender as vivências e conhecer as condicionantes pessoais, familiares, da comunidade e da sociedade de forma a reconhecer as que podem ser facilitadoras ou dificultadoras do processo até o indivíduo alcançar uma transição saudável: a reformulação da sua identidade, domínio de novas habilidades e alteração de comportamentos (Meleis, 2010).

As terapêuticas de enfermagem devem proporcionar conhecimento e capacidade desencadeando respostas positivas às transições capazes de restabelecer o bem-estar. Desta forma o enfermeiro necessita de conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e sua família, ao longo do seu ciclo vital, estando

consciente das dificuldades e das adaptações a situações que geram instabilidade, de forma a promover um processo de transição saudável (Meleis, 2010).

O nascimento de um recém-nascido pré-termo (RNPT) e o seu consequente internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) constitui um acontecimento para o qual os pais não estão preparados, o que pode levar a dificuldades na vinculação e na transição para a parentalidade. São os enfermeiros quem assiste às mudanças e exigências que as transições provocam na vida de quem cuidam, que os ajudam na preparação para as transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de competências, ao promoverem o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que potenciem respostas positivas, aumentando as suas competências até atingir a mestria dos intervenientes em habilidades parentais e bem-estar emocional.

Na transição para a parentalidade, o conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes. A negociação constante que deve existir entre os pais e o enfermeiro é essencial para que eles se sintam parte da equipa e promovam nos seus padrões de resposta o sentimento de confiança quanto às suas capacidades de cuidar do RNPT, tomando decisões conjuntas partilhadas e facilitando a manutenção de laços familiares. Esta parceria e partilha vai constituir a base fundamental dos cuidados centrados na família.

## **1.2 Os Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados como abordagem fundamental em pediatria**

Uma família constitui uma unidade em constante transformação, encontrando-se sujeita às transições decorrentes dos processos de saúde e doença, inerentes ao ciclo vital. Uma situação de hospitalização implica uma adaptação familiar, havendo necessidade de desenvolver novas competências que deem resposta às necessidades que possam surgir (Mendes & Martins, 2012).

As crianças são particularmente vulneráveis às mudanças, como acontece em situação de doença. Nesta transição é fundamental que a díade criança/família encontre um ambiente terapêutico que promova o melhor interesse da criança. Em contexto de pediatria o papel parental é central na relação de ajuda que deve ser cada vez mais valorizada no cuidar em enfermagem (Ferreira, 2006)

Segundo Hockenberry e Winkelstein (2014, p.10), “a filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança” constituindo-se como chave do cuidado o respeito, o apoio e a colaboração. O enfermeiro intervém no apoio à família na prestação de cuidados e na tomada de decisões, tendo em conta os seus pontos fortes, reconhecendo que as estruturas, comportamentos e culturas familiares são muito diversificadas o que implica diferentes necessidades. Os autores evidenciam como conceitos básicos para o cuidado centrado na família (CCF) a capacitação e o empoderamento. Cada pessoa deve ser considerada detentora de capacidades que lhe permitem exercer a sua autonomia, sendo que a intervenção do enfermeiro deve ser estruturada numa lógica de parceria com a criança/família no planeamento e prestação dos cuidados que lhes são destinados.

Os profissionais devem capacitar as famílias dando-lhes oportunidade para demonstrarem as suas aptidões e competências assim como na aquisição de outras que sejam importantes para responderem às necessidades da criança e potenciarem que se mantenha o controlo sobre as suas vidas. Os CCF em Pediatria assentam no pressuposto que toda a família e não só a criança são alvo dos cuidados. Cabe ao enfermeiro reconhecer o papel de cada membro desta parceria facilitando o seu envolvimento e participação, reconhecendo as suas forças e capacidades.

A prática da enfermagem pediátrica centra-se nas respostas às necessidades da criança enquanto membro de um sistema familiar e conhece a criança enquanto ser vulnerável e os pais como principais prestadores de cuidados, sendo estes quem garante a segurança e bem-estar da criança e quem maximiza o seu potencial de crescimento e desenvolvimento (Mendes & Martins, 2012). A competência para

avaliar cada família de forma a poder dar resposta às suas necessidades específicas, nomeadamente no que diz respeito ao processo de adaptação às mudanças do estado de saúde e dinâmica familiar, deve ser um imperativo transversal a todos os enfermeiros especialistas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Nas UCIN os cuidados são planeados considerando toda a família, sendo cada membro reconhecido como tendo um papel importante no cuidado ao bebé. Os princípios dos CCF em Neonatologia mais importantes para os pais e equipa de saúde são a segurança, gentileza, comunicação, informação consistente, educação, meio-ambiente, controlo da dor, participação, proximidade e apoio (Henning, Gomes & Morsch, 2010). Cabe ao enfermeiro a avaliação do funcionamento do sistema familiar de forma a conhecer a família que cuida, como o faz, as suas competências e os seus limites e que recursos é capaz de mobilizar para gerir os problemas que vão surgindo. Só assim pode intervir no sentido de ajudar a manter o mais elevado nível de bem-estar da família (Mendes & Martins, 2012).

É essencial o estabelecimento de terapêuticas que permitam atender a criança/família de forma global e individualizada, conhecendo-a no seu todo biológico, psicológico e espiritual. Quando uma destas partes entra em desequilíbrio as outras são também afetadas, não permitindo um equilíbrio total o que constitui uma crise.

Anne Casey desenvolveu um modelo de parceria de cuidados que evidencia o contributo dos pais como parceiros no cuidar da criança, devendo ser mínima a intervenção da equipa de saúde. Esta deve permitir a partilha dos conhecimentos com a família para que esta seja capaz de prestar os cuidados necessários à criança, de uma forma flexível. Este modelo constitui uma filosofia de cuidados de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família para o desenvolvimento harmonioso e bem-estar presente e futuro da criança. Cada criança é única com necessidades próprias e os pais são quem melhor a conhece e o seu elemento protetor (Casey, 1993).

A parceria de cuidados entre os pais e o enfermeiro é uma ferramenta poderosa. A família sente respeito pela parte do profissional uma vez que lhe é permitido decidir sobre o que é importante para eles,

recebendo apoio e encorajamento por parte do enfermeiro, trabalhando juntos para o superior interesse da criança. Por um lado, há partilha de conhecimentos, aptidões e recursos de forma a beneficiar todas as partes (Hockenberry & Winkelstein, 2006). Por outro lado, constitui um desafio para os enfermeiros que se preocupam com a saúde e o bem-estar das crianças, dos jovens e das suas famílias. Todas as situações de transição têm um forte impacto na esfera familiar, dependendo da forma que esta tem de reagir e se adaptar a cada crise. O enfermeiro deve estabelecer uma relação de confiança com a família que lhe permita aproximar-se desta com disponibilidade e comunicar eficazmente, com empenho na missão de cuidar integralmente desta e de a ajudar (Silveira & Angelo, 2006).

É uma competência do EEESCJ trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, na prestação de cuidados de enfermagem avançada, com segurança e competência, na avaliação e capacitação da família e nas respostas adequadas às suas necessidades para facilitar o processo de transição e adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (Mendes & Martins, 2012). No conjunto das competências específicas do enfermeiro especialista o cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde e da parentalidade.

### **1.3 Os Cuidados para o Desenvolvimento na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil**

A investigação científica tem vindo a mostrar que a aprendizagem do ser humano se inicia ainda no útero materno, se acelera após o nascimento e persiste por toda a vida. O processo contínuo de crescimento e desenvolvimento infantil é influenciado por fatores hereditários e ambientais, dos quais resultam mudanças físicas, cognitivas e emocionais. Cada criança tem um padrão de crescimento e desenvolvimento único, resultante dos diferentes ritmos individuais (Carrondo, 2006).



É no período pré-natal e pós-natal precoce que ocorre um desenvolvimento cerebral acelerado. Perante um parto prematuro ocorre uma interrupção do processo de organização do crescimento, assim como do desenvolvimento cerebral saudável e expectável. A exposição prematura ao ambiente exterior pode levar a complicações de nível cognitivo e motor (Zomignani, Zambelli & Antonio, 2009). As UCIN tentam proporcionar as melhores condições para o crescimento e desenvolvimento extrauterino, no entanto, ainda não possibilitam o mesmo controle térmico, o mesmo aporte nutritivo, a mesma contenção de movimentos e o mesmo isolamento sonoro e luminoso. Os RNPT encontram-se expostos a estímulos e procedimentos excessivos o que se vai repercutir no desenvolvimento adequado do seu sistema nervoso central e maturação, comprometendo a sua qualidade de vida. O crescimento constitui o maior desafio para os recém-nascidos pré-termo pelo que há uma imperativa necessidade de proporcionar cuidados para o desenvolvimento destes bebés com base na observação comportamental, promovendo a sua estabilização, organização e aquisição de competências, tendo em conta as suas características individuais (Seki & Balieiro, 2009).

Os cuidados para o desenvolvimento (CD) englobam um conjunto de medidas e modelos de atuação quer por parte dos profissionais, quer por parte da família cuidadora, de forma a facilitar a adaptação do RNPT ao meio ambiente, minimizando os sintomas de desordem e *stressores* ao mesmo tempo que potenciam as habilidades de autorregulação e organização destes recém-nascidos (RN) aos estímulos ambientais (Kenner & McGrath, 2004).

A partir do conhecimento das competências de cada RNPT é possível a elaboração de um plano de cuidados individualizado que respeite as vulnerabilidades e limites de cada bebé (Askin & Wilson, 2014). Os CD implicam a observação de cada RNPT, avaliação da adequação de cada procedimento, agrupamento dos cuidados e sua realização no momento mais adequado para o RNPT, de acordo com as suas respostas (Seki & Balieiro, 2009).

Esta filosofia de cuidados exige o repensar do relacionamento entre a criança, família e cuidados de saúde, e a mudança nas práticas

dos profissionais para uma orientação do cuidado individual adequado ao RN, a partir das suas necessidades e da sua família. É necessária a capacitação dos pais para ampliarem os seus conhecimentos e aptidões, relativamente ao desenvolvimento infantil e também ao exercício da paternidade. É através da comunicação entre todos os intervenientes nos cuidados que é possível individualizar as intervenções permitindo uma avaliação contínua das necessidades do RNPT durante a hospitalização.

O cuidado para o desenvolvimento do RNPT promove a estabilidade dos seus subsistemas, melhora os resultados fisiológicos e do desenvolvimento a curto e longo prazo, potencia a estabilidade fisiológica e o aumento ponderal, minimiza as complicações e melhora a organização comportamental, favorece o crescimento do RNPT e a adaptação familiar e diminui o tempo de internamento e a necessidade de recursos da UCIN (Byers, et al., 2006).

À medida que o recém-nascido pré-termo vai desenvolvendo as suas competências, cada vez mais complexas, no sentido de se autorregular é cada vez maior o seu esforço. Os cuidadores devem ser capazes de reconhecer cada estado comportamental e fisiológico, facilitando que o RN se mantenha organizado. É necessário um suporte individualizado que permita a regulação dos subsistemas (comportamental, autonómico, fisiológico, motor) do RNPT garantindo a diminuição de resposta aos estímulos do meio ambiente no alcançar da estabilidade hemodinâmica. Nos CD devem ser apoiadas técnicas como diminuir a intensidade da luz favorecendo o ciclo dia/noite, métodos de contenção e flexão do bebé com orientação à linha média, o agrupamento dos cuidados promovendo o sono ininterrupto, utilização de meios auxiliares para autorregulação como a sucção não nutritiva, observar os sinais de prontidão para a alimentação oral e ainda o envolvimento dos pais o mais precocemente possível (Jacobs, Sokol & Ohlsson, 2002).

A adoção destes cuidados vai resultar em períodos de menor agitação e conseqüentemente períodos de descanso e de sono mais prolongados, facilitar a ventilação com diminuição da hipoxemia, menor tempo de ventilação e diminuição do número de dessaturações, e

permitir um maior armazenamento de energia, favorecendo um maior ganho de peso e maior integridade neurológica com tempo de internamento mais curto (Jacobs, et al., 2002).

Apesar dos avanços em cuidados neonatais terem aumentado substancialmente a sobrevivência de recém-nascidos pré-termo, as dificuldades na alimentação continuam a constituir um fator decisivo no prolongamento do tempo de internamento assim como nas alterações na relação mãe-bebé (Bingham, Ashikaga & Abbasi, 2012). Este pressuposto, mostra o quanto é imprescindível a avaliação do RNPT no seu todo - estado comportamental inicial, estabilidade fisiológica (frequência respiratória, esforço respiratório, saturações de oxigênio e frequência cardíaca basal) – assim como a adoção de intervenções eficazes e a criação de condições ambientais adequadas, para dar início ao processo de desenvolvimento das competências orais, que lhe permitam melhorar o seu desempenho na alimentação oral tão cedo quanto possível, de modo a prevenir os distúrbios da alimentação na infância (Bingham, et al., 2012; Fucile, Gisel, Mcfarland & Lau, 2011).

O Método Canguru (MC), pelo seu carácter promotor do desenvolvimento infantil deve ser possibilitado a todos os recém-nascidos, independentemente da idade gestacional e condições clínicas, pelos seus benefícios comprovados na evidência a nível, não só da mortalidade infantil, mas também em focos tão importantes como o desenvolvimento infantil, a amamentação e a vinculação (Organização Mundial de Saúde, 2012).

Os principais benefícios atribuídos ao MC (ver anexo 2) incluem maior estabilidade térmica e hemodinâmica, menor risco de sepsis, redução do tempo de internamento e menor risco de mortalidade. Apresenta ainda um impacto positivo no desenvolvimento cognitivo e motor dos recém-nascidos pré-termo pois diminui a separação prolongada entre a mãe e o bebé contribuindo para o vínculo afetivo. O MC contribui ainda para o aumento da produção de leite, facilitando a amamentação exclusiva para RNPT e de baixo peso até o sexto mês de vida. Recém-nascidos pré-termo que fazem canguru apresentam melhores habilidades na amamentação e mais precocemente,

nomeadamente no desenvolvimento dos reflexos de busca, na realização de uma pega adequada e apresentam ainda níveis de açúcar mais elevados no sangue (Almeida, Venancio, Sanches & Onuki, 2010).

A alimentação oral precoce coloca desafios significativos aos RNPT e muitas vezes, estes só transitam para a amamentação numa fase tardia do internamento em Neonatologia. Geralmente, alimentação oral é iniciada volta das 32 a 34 semanas de idade gestacional ou quando o RN se encontra estável. Porém, isto varia significativamente dependendo da idade gestacional, do peso à nascença e das diretrizes da própria instituição de saúde (Barlow, 2009). A capacidade de alimentação oral independente é um fator-chave para o bebé ter alta hospitalar, pelo que desenvolver capacidades de alimentação oral o mais cedo possível é crucial. É ainda primordial assegurar que os métodos de alimentação são seguros e implicam um risco mínimo para o bebé (American Academy of Pediatrics, 2008).

Como tenho vindo a referir este trabalho pretende definir o desenvolvimento de competências no âmbito da alimentação oral precoce no recém-nascido, o que me leva agora a abordar o que se me afigura ser a problemática essencial na exequibilidade desse propósito.

## **2 Problemática**

### **2.1 Alimentação Oral Precoce**

Fisiologicamente a alimentação oral é considerada a atividade comportamental que implica maior organização por parte dos recém-nascidos pré-termo (Kenner & McGrath, 2004) por envolver uma complexa interação entre o cérebro e o sistema nervoso central, reflexos motores-orais e múltiplos músculos da boca, faringe, esôfago e face. Requer ainda a coordenação rítmica entre a sucção e a deglutição de um volume de leite, em simultâneo com uma respiração eficaz. O RNPT, dependendo da sua idade gestacional, apresenta uma imaturidade ao nível dos seus sistemas orgânicos, não possuindo as capacidades inatas para a alimentação oral como um RN de termo.

O desenvolvimento destas competências é influenciado não só pela idade gestacional como pelo peso, a capacidade corporal, o crescimento e o próprio meio ambiente. Muitos dos recém-nascidos pré-termo apresentam problemas de saúde que se refletem no seu desenvolvimento, sendo um dos problemas mais significativos a dificuldade na alimentação oral. Tem sido crescente a preocupação na área da intervenção oral como forma de responder às necessidades específicas desta população. É através da elaboração de planos de cuidados individualizados, no sentido de uma prática e intervenções comuns, que é possível a identificação das competências orais precoces de cada recém-nascido pré-termo.

As competências para a alimentação oral precoce têm sido frequentemente associadas à capacidade de o recém-nascido pré-termo organizar e coordenar a sucção e a deglutição com a respiração, de forma a lhe ser possível a ingestão suficiente de calorias para o seu crescimento e desenvolvimento. No entanto estas são muito mais complexas pois envolvem ainda a capacidade de cada RNPT apresentar sinais de interesse mantendo-se empenhado na alimentação, apresentar organização comportamental, bem como dos movimentos relacionados com a motricidade oral e a regulação do

esforço respiratório de forma a manter a estabilidade fisiológica ao longo de toda a alimentação (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005).

Assim, a prontidão para a alimentação oral, implica que o recém-nascido pré-termo demonstre organização comportamental e que durante o estado de alerta a sua atenção esteja focada no momento da alimentação, com reflexos de busca presentes e com interesse na sucção. O tônus muscular deve estar desenvolvido de forma a manter uma postura flexora e deve conseguir preservar a estabilidade fisiológica e autorregulação (Thoyre, et al., 2005).

A preparação para a alimentação oral implica estabilidade fisiológica, neurológica e comportamental por parte do RNPT e a presença de um ambiente seguro, a escolha do momento adequado para a sua iniciação e a utilização de medidas de suporte adequadas, por parte dos profissionais (Curado, 2016). Quanto menor a idade gestacional maior é a probabilidade de o recém-nascido apresentar problemas oro-motores e consequentes dificuldades na alimentação oral (Castro, Lima, Aquino & Eickmann, 2007). A autonomia alimentar é um critério determinante para a alta do RN, sendo considerado pelas famílias como um dos mais importantes marcos do desenvolvimento.

Os estados comportamentais do RNPT podem ser organizados em padrões de sono e atividade: sono profundo, sono ativo, sonolência, alerta calmo, alerta ativo e choro (Wheeler, 2014). Para a introdução da alimentação oral é imperativo que o RNPT se mantenha em estado alerta calmo, com tonicidade adequada de forma a manter a coordenação entre a sucção, a deglutição e a respiração e que as estruturas motoras envolvidas na alimentação estejam ativas e funcionais. Uma vez que, devido à imaturidade do RNPT, os estados comportamentais estão alterados é importante não deixar adormecer o RN, estimulando-o suavemente para evitar a depressão do sistema respiratório de forma a facilitar o processo de alimentação, mantendo a estabilidade hemodinâmica (Curado, 2016).

No processo de alimentação estão envolvidos o desenvolvimento oro-motor, a maturidade neuro-comportamental e do sistema gastrointestinal, sendo que a sucção e a deglutição devidamente coordenadas com a respiração, permitem uma alimentação oral segura.

Para a introdução da alimentação oral é ainda necessário que esteja presente o reflexo de prensão e busca, em que o recém-nascido vira a cabeça e abre a boca quando a mama toca na bochecha ou nos lábios, a colocação da língua para fora da boca e para baixo assim como a funcionalidade do músculo transverso da língua. A idade gestacional influencia a maturação do sistema gastrointestinal. No entanto, mesmo os RNPT com idade gestacional inferior a 26 semanas apresentam os seus recetores de odores e sabores funcionais, sendo possível iniciar a preparação para a alimentação oral através da estimulação destes sentidos num primeiro contacto com o leite materno, pela exposição à mama no contacto pele a pele (Askin & Wilson, 2014).

Entre as 26 e as 28 semanas de idade gestacional ou corrigida pode ser iniciada a sucção não nutritiva, com o dedo ou chucha, através da estimulação da boca, língua e palato. Entre as 28 e 30 semanas começam a estar presentes os reflexos dos pontos cardeais e começam a surgir os reflexos de sucção e deglutição, embora imaturos e descoordenados entre si e com a respiração. Entre as 30 e 33 semanas o reflexo de sucção encontra-se mais maduro, podendo surgir uma sucção rítmica. Algumas crianças podem apresentar movimentos descoordenados da língua, dessincronizados com a respiração. Entre as 33 e as 37 semanas a sucção inicial pode não estar coordenada com a deglutição podendo levar à exaustão (Askin & Wilson, 2014).

A sucção e a deglutição são dois reflexos essenciais ao processo de alimentação. A sucção é uma atividade bifásica em que a contração rítmica da língua se associa ao movimento do osso hioide, da mandíbula e do lábio inferior. Perante a estimulação do palato é desencadeada uma ação rítmica da língua e do maxilar que facilitam a extração do leite através da pressão negativa intraoral (Fucile, Gisel & Lau, 2005). A deglutição é uma atividade motora coordenada e complexa caracterizada por três níveis: o oral - que permite a deslocação do leite da parte posterior da cavidade oral para a faringe; o faríngeo - que permite o transporte do leite para a faringe; o esofágico - que permite o transporte do leite do esfíncter esofágico

superior ao inferior e de seguida para o estômago através dos movimentos peristálticos (Kenner & McGrath, 2004).

A avaliação dos surtos de sucção é outro indicador que permite avaliar a prontidão do RNPT para iniciar a alimentação oral. Estes constituem o conjunto de sucções seguidas entre cada respiração e variam de acordo com a idade gestacional: uma sucção imatura apresenta 3 a 5 sucções por surto, uma intermédia 6 a 9 sucções por surto e a madura 10 a 30 sucções por surto (Curado, 2016).

A avaliação das competências do recém-nascido prematuro para iniciar a alimentação oral segura e eficiente, implica uma observação rigorosa do mesmo com instrumentos de medida adaptados à população neonatal e validados estatisticamente, minimizando os gastos de energia e facilitando o seu crescimento e desenvolvimento.

A Early Feeding Skills (EFS) é um instrumento de avaliação orientador da prática de enfermagem, que associa a observação com conhecimentos científicos teóricos. É uma escala de observação que foi desenvolvida com o objetivo de padronizar a avaliação das competências de cada recém-nascido pré-termo, de forma a permitir a elaboração de intervenções específicas e individualizadas no apoio à aquisição da autonomia alimentar e que permite a intervenção ao longo de todo o processo de alimentação (Thoyre, et al., 2005).

A EFS foi desenvolvida pela necessidade de avaliação das competências específicas de cada RNPT, facilita o desenvolvimento de intervenções específicas, para suportar o desenvolvimento de capacidades e para dar uma resposta individualizada ao longo de toda a alimentação. Permite ainda o estabelecimento de uma linguagem comum entre profissionais de saúde e com as famílias.

A EFS foi adaptada e validada estatisticamente em Portugal como Escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral Modificada (ver anexo 3). Esta permite uma abordagem multidimensional das competências do recém-nascido pré-termo para a alimentação oral facilitando a avaliação das características fisiológicas e neurocomportamentais do mesmo, permitindo ainda a intervenção dos profissionais e da família durante a alimentação (Curado et al., 2014).



A escala permite a observação geral e uma observação específica do recém-nascido ao longo de todo o processo de alimentação oral. A observação geral inclui o momento inicial antes da alimentação, na qual é avaliada a postura, o estado de alerta, a tonicidade e a linha basal de saturação de oxigénio (>93%). Cinco minutos após o início da alimentação é observado o comportamento da criança e a tolerância alimentar. No decorrer da alimentação são avaliadas de forma específica e sistematizada as competências na alimentação oral em três grandes áreas: capacidade para organizar o funcionamento oro-motor (COFO), capacidade para coordenar a deglutição (CCD) e capacidade para manter a estabilidade fisiológica (CMEF)

A EFS adaptada para a população neonatal portuguesa é constituída por 22 itens com um formato de medida ordinal com 3 pontos (0, 1, 2). Estes itens estão distribuídos pelas três dimensões: COFO com 7 itens, CCD com 5 itens e CMEF com 10 itens. A dimensão COFO reflete a maturação das estruturas envolvidas na alimentação e a capacidade neurológica para as coordenar (Curado et al., 2013).

A EFS foi desenvolvida para avaliar as capacidades de um recém-nascido pré-termo desde a primeira alimentação oral até às 52 semanas de idade pós-concepcional. Este instrumento avalia a alimentação de uma forma multidimensional em diversos momentos permitindo descrever e planear as intervenções necessárias considerando as capacidades que cada RNPT demonstra, sendo que as competências para a alimentação oral por vezes podem regredir necessitando de se fazer ajustes no plano de alimentação (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005). A EFS identifica ainda em cada RNPT as áreas que constituem pontos fortes na alimentação e aquelas em que este necessita de suporte, possibilitando o recurso a estratégias de intervenção face às dificuldades e aos pontos a melhorar, assim como a avaliação da eficácia das mesmas.

Feita esta aferição, o enfermeiro especialista desta área deve ser possuidor de conhecimentos que lhe permitam potenciar o desenvolvimento da fusão do binómio recém-nascido pré-termo com os progenitores, temática essa que abordarei no ponto seguinte.

## **2.2 O Recém-nascido Pré-termo e o percurso para a Parentalidade**

Cada RN é único e insubstituível, não só pelas suas características genéticas, mas principalmente por representar um projeto específico entre duas pessoas, alguém que será o seu prolongamento (Cordeiro, 2016).

De todas as transições que acompanham a vida adulta destaca-se o momento em que as pessoas se tornam mãe e pai por uma característica que a torna única: a sua irreversibilidade (Cruz, 2013). Com o nascimento de um filho a identidade do casal desenvolve-se assumindo assim uma nova dimensão – a de pais. A parentalidade diz respeito à maternidade e à paternidade, considerando as dimensões biológicas, afetivas e educacionais, o cuidar inteiramente física e emocionalmente (Pereira, 2009). Refere-se ao conjunto de ações desenvolvidas pelas figuras parentais junto dos seus filhos de forma a potenciarem o seu pleno desenvolvimento tendo em conta os recursos da família e da comunidade em que se encontra inserida (Cruz, 2013).

A gravidez é um período de treino e antecipação, perante o nascimento, os pais têm de estar prontos para criar laços e estarem sempre disponíveis, o que implica um grande esforço psicológico - os pais necessitam de tempo para se reajustarem. Num nascimento prematuro todo o esforço da gravidez, da preparação para o parto e para receber o novo bebé são bruscamente interrompidos (Brazelton, 2013). O nascimento de um recém-nascido pré-termo que é internado numa UCIN representa uma grande crise para os pais. Estes podem ter de se esforçar para conseguirem estabelecer com o seu bebé uma interação positiva significativa, uma vez que a fragilidade do recém-nascido e o nível de cuidados de que depende pode dificultar o seu envolvimento (Gibbs, 2015).

A parentalidade é uma condição permanente em constante transformação pois cada estágio de desenvolvimento dos filhos exige dos pais uma adaptação a nível das suas expectativas, emoções, comportamentos e preocupações (Cruz, 2013). Quando por algum

motivo este período é abreviado podem surgir complicações que põem em perigo o ajustamento psicológico e emocional (Brazelton, 1989). A transição para a parentalidade constitui um momento de crise para os pais. Juntamente com o papel que idealizaram vêm preocupações derivadas da exigência e rigor com que o desejam desenvolver (Cordeiro, 2016). A transição para a parentalidade é um processo de mudança pessoal e interpessoal. Em contexto de UCIN os pais tendem a enfrentar uma maior dificuldade na transição podendo desenvolver sentimentos de deceção e desesperança sobre a sobrevivência da criança, o que pode ter consequências importantes para o desenvolvimento da relação pais-bebé (Meleis, 2010).

A vinculação é um processo de estabelecimento de uma relação emocional significativa com a pessoa mais próxima ao bebé, sensível aos seus sinais e afetivamente disponível, que se constitui como a sua base de segurança e proteção (Ferreira & Pinho, 2009). A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequação da interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida (DGS, 2006).

Para o estabelecimento do processo de vinculação é importante que os pais estejam fisicamente em contato com os filhos, sejam envolvidos no processo de cuidados e tomada de decisão, evitando que sintam que têm um papel secundário nos cuidados (Roteta & Torre, 2013). É no aprofundar do processo de vinculação que os pais vão interiorizando e construindo o seu papel de pais, cuidadores e peritos no cuidado ao seu filho.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o recém-nascido pré-termo é o nado vivo antes de 37 semanas de gravidez concluídas. Segundo a idade gestacional pode ser considerado extremamente prematuro (< 28 semanas), muito prematuro (28 a < 32 semanas) ou prematuro moderado a tardio (32 a <37 semanas) (WHO, 2015). A Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro (2018) define como prematuro ou pré-termo, os recém-nascidos com menos de 37 semanas de gestação, podendo ser classificados pela idade gestacional e pelo seu peso à nascença. Segundo a idade gestacional

a classificação é: Pré-Termo Limiar – RN nascidos entre as 33 e 36 semanas de gestação e/ou com um peso entre 1500g e 2500g; Prematuro Moderado - nascidos entre as 28 e 32 semanas de gestação com um peso entre 1000g a 2500g; Prematuro Extremo – RN nascidos antes das 28 semanas de gestação com um peso inferior às 1000g (classificado como grande prematuro e apresenta problemas mais frequentes e mais graves).

Estima-se que todos os anos nasçam cerca de 15 milhões de recém-nascidos pré-termo, cerca de 1 em cada 10 recém-nascidos, número que anualmente aumenta (WHO, 2015). Em 2016, nasceram em Portugal 87126 nados vivos dos quais 6801 foram prematuros, constituindo 7,8% (INE, 2017). As complicações derivadas do parto prematuro são a principal causa de morte em crianças menores de 5 anos de idade e foram responsáveis por cerca de 1 milhão de mortes em 2013; muitos dos que sobrevivem enfrentam uma vida de deficiência, incluindo dificuldades de aprendizagem e problemas visuais e auditivos (WHO, 2015).

Para os pais que idealizaram um determinado bebé, o nascimento de um recém-nascido pré-termo, com uma urgente necessidade de cuidados especializados, características físicas próprias, separado dos pais logo no nascimento, o medo e a impotência são sentimentos que juntamente com todas as sensações traumáticas associadas são muito difíceis de lidar e ultrapassar (Cordeiro, 2016).

Uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é o lugar onde se proporciona vigilância, tratamento e cuidados aos recém-nascidos prematuros e de termo com problemas de saúde que possam ser potencialmente graves. Esta unidade combina uma tecnologia muito avançada e diferenciada com equipa multidisciplinares compostas por profissionais de saúde treinados e especializados na prestação dos cuidados ao bebé.

O primeiro contacto dos pais com a UCIN constitui um choque, não só pela circunstância do seu filho ser prematuro ou estar doente, com toda a ansiedade natural que tal implica, mas pelo próprio ambiente, demasiado impessoal, técnico e muitas vezes assustador, que acaba por reforçar o sentimento de fragilidade que os pais

apresentam perante o seu bebé. Se por um lado, a incorporação precoce dos pais nos cuidados ao RNPT, enquanto terapêutica de enfermagem, vai potenciar a transição para a parentalidade ao facilitar a compreensão das competências que o seu bebé apresenta, por outro lado, isso vai permitir aos pais diminuírem os níveis de ansiedade ao presenciarem e participarem na recuperação e desenvolvimento do seu filho, possibilitando que o RNPT seja exposto a estímulos interpessoais positivos que potenciam uma evolução mais rápida e eficiente do seu frágil sistema nervoso (Brazelton, 2013).

Os profissionais que trabalham nas UCIN, além de terem competências técnicas distintivas são ainda o pilar das famílias dos recém-nascidos pré-termo, são o seu apoio. Os pais necessitam de ajuda para se focarem nas capacidades e no desenvolvimento do seu bebé em vez de o compararem com outro recém-nascido de termo (Brazelton, 2013).

Fortalecem-se os vínculos através da tomada de iniciativas que cimentam a parentalidade sendo assertivos naquilo que de bom e único os pais têm para dar ao seu filho, e, é aí, que se insere a aprendizagem das competências para a defesa da amamentação.

### **2.3 Amamentação na Prematuridade**

O leite materno é universalmente aceite como sendo o melhor alimento para os recém-nascidos saudáveis/doentes, de termo/pré-termo, por oferecer vantagens económicas, imunológicas, nutricionais, endocrinológicas e emocionais. Cada vez mais tem havido um esforço na melhoria da prática no sentido de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, idealmente com amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida.

A Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam que as crianças sejam amamentadas de forma exclusiva até aos seis meses e, que após este período, a alimentação complementar seja iniciada gradualmente mantendo a amamentação até pelo menos os dois anos de idade, como medida para a redução do risco de morbilidade e mortalidade (Toma & Rea,

2008). O programa da OMS e da UNICEF para a Infância “Every Newborn|An Action Plan to End Preventable Deaths” propõe para 2050 como meta nutricional 50% de aleitamento materno exclusivo em todos países, o início precoce da amamentação e que esta seja exclusiva até aos seis meses de idade (WHO, 2014).

O leite materno (LM) é um alimento vivo, completo e natural, recomendado para praticamente todos os recém-nascidos, salvo raras exceções (Levi & Bértolo, 2012). São diversas as vantagens do aleitamento materno, quer a curto, quer a longo prazo, tanto para a mãe como para o bebé. Previne infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias, alergias - nomeadamente da proteína do leite de vaca - promovendo uma melhor aceitação e adaptação a novos alimentos (Levi & Bértolo, 2012).

Crianças amamentadas apresentam médias mais baixas de pressão sanguínea e de colesterol total, sendo menor a prevalência de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2 e ainda apresentam melhor desempenho em testes de inteligência (Toma & Rea, 2008).

A amamentação exclusiva por pelo menos seis meses e a amamentação parcial até um ano de idade podem ainda reduzir a prevalência de infeções respiratórias na infância, sendo maior a proteção quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por um período de tempo prolongado (Toma & Rea, 2008).

Relativamente às vantagens para a mãe, o aleitamento materno (AM) facilita a involução uterina precoce, está associado a uma menor taxa de cancro da mama, entre outros, protege as mães de uma nova gravidez (Levi & Bértolo, 2012).

O contacto pele a pele entre a mãe e o bebé no pós-parto imediato melhora e regula a temperatura, a respiração e o equilíbrio ácido-base do recém-nascido, ajudando-o ainda acalmar. O contacto estabelecido ao amamentar ajuda ainda a prolongar o período de aleitamento e estabelecer uma ligação entre a mãe e o bebé (Christensson, Cabrera, Christensson, Uvnäs–Moberg & Winberg, 1995). Como resultado da sucção do RN a oxitocina libertada durante o reflexo de ejeção de leite (ver anexo 4) aumenta o fluxo sanguíneo na zona da mama e do mamilo, aumentando a temperatura da pele e

criando um ambiente quente e acolhedor para o bebê. Mesmo no caso de nascimentos prematuros o contacto de pele a pele continua a estar associado a uma maior produção de leite, a um início de aleitamento mais rápido e a uma maior estabilidade fisiológica destes RN (Saraiva, 2010).

O leite materno varia de mulher para mulher, de acordo com a idade gestacional do bebê, com a dieta materna, com a altura do dia, com o tempo que passou após o parto, durante a mesma mamada, com qual a mama que é oferecida primeiro, com o número de gravidezes anteriores e dependendo da forma de como o leite é obtido (Neto, 2006). O anexo 5 demonstra as próprias alterações na mama durante a gravidez e a diferença dos constituintes do leite de um RNPT e de termo.

Os benefícios do leite humano são ainda mais relevantes para recém-nascidos pré-termo, de baixo peso e doentes, que necessitam de ser internados em Unidades de Cuidados Neonatais. É um bem de primeira necessidade, essencial para um normal desenvolvimento do RNPT que viu subitamente interrompida a cascata contínua de fatores de crescimento que recebia diretamente da mãe e da placenta. A sua produção por vezes é escassa, o volume e a composição são variáveis ao longo do dia, dos dias e dos meses. É específico da espécie e é personalizado; é produzido pela mãe daquela criança para aquela criança e é ela que dele tirará o maior proveito (Neto, 2006). O leite produzido pelas mães destes recém-nascidos apresenta uma composição diferenciada em termos de aporte proteico-energético e de constituintes imunológicos, adaptando-se às especificidades fisiológicas do seu metabolismo (Vannuchia, Monteiro, Réa, Andrade & Matsuo, 2004). Tem maior quantidade de proteína e níveis mais altos de moléculas bioativas, proporciona um crescimento e desenvolvimento neurológico mais adequado (Underwood, 2013).

Nos últimos anos tem-se intensificado o interesse pela deteção e prevenção de alterações do desenvolvimento de RNPT, pelo elevado risco de distúrbios do desenvolvimento (Delgado & Halpern, 2005). Na área de desenvolvimento alimentar, as competências oro-motoras aparentam estar relacionadas com o tipo de alimentação do RN PT pois

é, a partir dos reflexos orais, nomeadamente da sucção, realizados nos primeiros meses de vida, que essas habilidades se aprimoram (Delgado & Halpern, 2005).

O aleitamento materno em RNPT, comparativamente aos RN de termo, é mais difícil de ser iniciado e mantido. Estudos realizados apontam que diversos fatores contribuem para este facto tais como a separação prolongada da mãe - bebé, a ansiedade e stress materno, as práticas dos profissionais no suporte à amamentação, a diminuição da produção de leite, a insegurança que a própria mãe tem sobre a qualidade de seu leite e a sua capacidade de amamentar, o comportamento alimentar imaturo do RN PT, e, finalmente, as rotinas hospitalares (Delgado & Halpern, 2005, citando Lau & Schanler, 1996; Schanler et al., 1999; Vasconcellos, 2001).

Na assistência prestada aos recém-nascidos pré-termo o principal foco é o cuidado individualizado para o desenvolvimento, centrado na família e com vista à qualidade de vida desses bebés. Este cuidado inclui o início da amamentação o mais precocemente possível, incentivando o aleitamento materno e a relação mãe-bebé (Scochi, Gauy, Fujinaga, Fonseca & Zamberlan, 2010). O nascimento de um recém-nascido pré-termo implica diversas dificuldades de adaptação à vida extrauterina. Estes recém-nascidos passam por várias etapas de alimentação até lhes ser possível mamar, sendo imperativa a formação de profissionais qualificados que conheçam as técnicas de alimentação alternativa de forma a promoverem a amamentação assim que lhes seja clinicamente possível (Bomfim & Nascimento, 2007).

A confrontação com a vivência da hospitalização do recém-nascido vai provocar sentimentos de ansiedade e dificuldade em gerir a parentalidade, o que por sua vez influencia a amamentação (Gorgulho & Pacheco, 2008). O estabelecimento do aleitamento materno pode ser dificultado devido à separação da díade mãe-bebé que prejudica a vinculação, e pela própria imaturidade do RNPT, em que as competências oro-motoras não se encontram desenvolvidas. A própria disposição física e rotinas das unidades, e os conhecimentos insuficientes por parte dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno podem influenciar negativamente o êxito do estabelecimento



da amamentação, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais (Vannuchia, Monteiro, Réa, Andrade & Matsuo, 2004).

É frequente que, em caso de recém-nascidos pré-termo com internamentos prolongados, a manutenção do aleitamento seja difícil, tanto pela instabilidade clínica do bebê ou pela dificuldade em realizar uma sucção adequada, como pela insegurança materna na sua capacidade de alimentar adequadamente o recém-nascido (Scochi, et al., 2010). Por sua vez, o aleitamento materno proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e ainda a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebê.

Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a permanência da mãe e do bebê no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno, podendo contribuir para o sucesso ou não da amamentação (Levi & Bértolo, 2012).

Não há consenso na literatura sobre o momento adequado de se iniciar a amamentação nos prematuros. Os indicadores tradicionais utilizados são a estabilidade fisiológica, o peso maior ou igual a 1.500 g e a idade gestacional igual ou maior que 34 semanas. Quando se consideram apenas estes fatores corre-se o risco de retardar o início da sucção direta à mama. É importante ter em conta os critérios comportamentais, como sugar na sonda nasogástrica, apresentar reflexo de busca durante o contato pele a pele e permanecer no estado de alerta (Nascimento & Issler, 2004).

Amamentar recém-nascidos pré-termo é, sem dúvida, um desafio. Estes apresentam imaturidade fisiológica e neurológica, hipotonia muscular e hiper-reatividade aos estímulos do meio ambiente, permanecendo em estágio alerta por períodos muito curtos. Apesar do inadequado controle da sucção/deglutição/respiração, um RNPT é capaz de se alimentar à mama, desde que com auxílio e apoio apropriados. A equipa de saúde multidisciplinar necessita não só estar convencida das múltiplas vantagens do aleitamento materno (AM) como também integrar o apoio da lactação nos cuidados diários ao recém-nascido e sua família (Nascimento & Issler, 2004).

Amamentar um recém-nascido pré-termo pode ser difícil, sendo necessária a aquisição de conhecimentos para a elaboração de um plano de alimentação individualizado que compense as competências de alimentação imaturas e promova uma estimulação da mama adequada até que seja possível à mãe amamentar (Walker, 2008).

A experiência vivenciada evidencia igualmente a necessidade do enfermeiro especialista ser, na problemática que estou a abordar, o agregador e, sobretudo, o referencial com capacidade de análise e conhecimento, capaz de implementar as respostas técnicas adequadas aos problemas colocados na alimentação de cada RNPT o que me leva a concluir abordando essa proficiência.

#### **2.4 Terapêuticas de enfermagem promotoras da transição para a alimentação oral do recém-nascido prematuro.**

Considerar que os problemas de alimentação são comuns em crianças nascidas pré-termo e que podem persistir na primeira infância reforça o início da alimentação oral como um momento de extrema importância no desenvolvimento infantil, o qual deve ser cuidadosamente preparado num ambiente calmo e tranquilo, observando o comportamento do bebé através de manifestação de sinais de conforto, de cansaço ou de stresse. Deve ser fornecido por parte dos cuidadores o apoio individualizado necessário, determinado pelas necessidades e competências próprias de cada bebé. Assim, o enfermeiro deve ser capaz de identificar as dificuldades de cada RNPT e estabelecer as intervenções promotoras da transição para a alimentação oral mais adequadas e que facilitem a associação deste momento a uma experiência prazerosa.

Existem diversas barreiras que podem influenciar o estabelecimento da amamentação em recém-nascidos pré-termo seja pelas suas características e estádios de desenvolvimento próprios seja por dúvidas e dificuldades sentidas pelas mães e pelos profissionais. A amamentação nos recém-nascidos pré-termo contém variados desafios devido às dificuldades inerentes à sua imaturidade estrutural

e fisiológica. Muitas vezes os recém-nascidos pré-termo são incapazes de manter uma sucção ritmada, o que pode inibir o reflexo de ejeção de leite e restringir a sua ingestão (Jones & Spencer, 2005).

Apesar das recomendações dos profissionais de saúde no sentido da manutenção da lactação, as mães não conseguem evitar a diminuição da produção de leite ou mesmo a sua supressão: preocupações com o fornecimento de leite, dificuldades de amamentação e preocupações de que o leite materno sozinho não satisfaz as necessidades dos seus bebés são as barreiras mais significativas na amamentação e aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo (Pineda, 2011; Alves, 2016; Kair & Colaizy, 2016). O aleitamento materno é difícil de ser iniciado e mantido pela insegurança que a própria mãe tem sobre a qualidade de seu leite e a sua capacidade de amamentar (Delgado & Halpern, 2005, citando Lau & Schanler, 1996; Schanler et al., 1999; Vasconcellos, 2001).

De forma a minimizar estes fatores dificultadores os enfermeiros devem ter especial atenção às mães que manifestam sentimentos e crenças que interferem negativamente no AM. É fundamental uma comunicação eficaz com a mãe fornecendo-lhe a informação de que ela necessita, no momento adequado e quando se encontra em condições de absorvê-la e aproveitá-la (Silva & Gubert, 2010).

A extração de leite materno constitui um fator importante no início e na manutenção da lactação durante o internamento do RNPT, porém pode ser um momento stressante, frustrante e doloroso, que implica tempo e persistência, sendo necessária a orientação dos profissionais de saúde de forma a diminuir o desconforto e manter a produção do leite (Rodrigues, et. al, 2013). Para muitas mães de RNPT, o percurso do aleitamento começa com a extração, em vez da amamentação, para iniciar, desenvolver e manter a produção de LM. Caso a iniciação do aleitamento se atrase e a mãe não consiga extrair leite de forma consistente desde o início, é difícil assegurar uma produção de leite a longo prazo adequada. O leite humano é essencial para o desenvolvimento e a saúde dos recém-nascidos pré-termo. A forma ideal e mais segura de o ingerir é diretamente da mama sob o ato de mamar. No entanto, a amamentação precoce não é possível para

muitos destes bebês, tornando a alimentação com leite materno extraído uma prioridade nas neonatologias. Para fornecer o leite da forma mais próxima possível ao leite fresco na mama, é necessário implementar práticas baseadas em evidências que incluam protocolos de extração de LM e maximizem o esvaziamento da mama, assim como práticas de armazenamento e manuseamento que minimizam a perda de componentes valiosos do leite (ver anexo 6).

As unidades de cuidados neonatais, devido à sua complexidade técnica, podem aparentar um ambiente hostil, o que juntamente com o estado de saúde frágil e/ou instável dos recém-nascidos pré-termo e necessidade de cuidados contínuos e complexos, pode dificultar a amamentação (Marques, Pinho, Rodrigues, Martins & Matão, 2013). A disposição física e rotinas das unidades de cuidados neonatais e os conhecimentos insuficientes por parte dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno podem influenciar negativamente o êxito do estabelecimento da amamentação, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais (Vannuchia, et al., 2004). O desenvolvimento da vinculação entre a mãe e o bebê durante o tempo de internamento facilita a manutenção do aleitamento materno, seja através do contato precoce pele a pele e método canguru, seja pela colocação precoce do bebê à mama. O contato estabelecido durante a amamentação fortalece a ligação entre a mãe e a criança, proporcionando conforto, apego e prazer recíproco (Cruz, Oliveira, Cardoso & Lúcio, 2010).

Durante o período de internamento na UCIN muitas mães consideram que uma das suas principais funções é nutrir o seu bebê de forma a colaborar no seu crescimento e recuperação. No entanto, poucas mães conseguem iniciar e manter uma produção adequada de leite. Colocar o bebê à mama, para estimular a sucção enquanto é alimentado por sonda gástrica, promove a transição para a alimentação oral. A amamentação numa idade gestacional baixa contribui para o desenvolvimento precoce das competências oro-motoras (Nyqvist, 2008). Favorecer que a primeira alimentação por via oral seja diretamente à mama, tendo em conta a estabilidade fisiológica, o crescimento e desenvolvimento do RNPT, bem como os sinais de

prontidão para a alimentação oral, constitui uma das novas diretrizes de apoio às boas práticas dirigidas à alimentação (McGrath, 2014).

A estimulação oral do RNPT pode acelerar a aquisição da habilidade de sucção. O início da alimentação oral por volta das 31 semanas de idade gestacional pós-concepcional diminui o tempo até a obtenção de toda a necessidade calórica sem necessitar de suplementação por sonda gástrica. Pode-se iniciar com mamadas na mama vazia, que permitem sucção sem interferir na nutrição, complementando-se a alimentação com leite materno extraído, através de sonda gástrica. Se o RN se apresenta em estado de alerta ou sonolência, a alimentação deve ser oferecida por via oral; se está a dormir é permitido que descanse por mais meia hora, quando volta a ser avaliado. Persistindo em estado de sono leve ou profundo, o leite é oferecido via sonda gástrica (Nascimento & Issler, 2004).

A utilização do copo na alimentação oral, em detrimento do uso de tetinas, constitui uma técnica simples que favorece a amamentação. O uso do copo fornece uma experiência oral positiva para o RN, pois permite que este controle o ritmo de sucção e de respiração, sendo que a deglutição ocorre quando o bebé está pronto, contribuindo para o estabelecimento da amamentação num menor período de tempo (Mendonça, Menezes, Rolim & Lima, 2010).

A exposição do recém-nascido pré-termo à mama pode ocorrer com segurança com uma idade gestacional inferior às 32 semanas, assim que este se encontre hemodinamicamente estável - a amamentação mantém a saturação de oxigénio dos bebés e aumenta a temperatura corporal, mantendo-se o recém-nascido mais estável quando comparado com o seu estado clínico perante a alimentação por teta (Lucas & Smit, 2015). Todos os recém-nascidos devem ser adaptados à mama, apesar de nos RNPT com menos de 34 semanas o reflexo de sucção poder ser ainda ineficaz para extrair leite suficiente da mama e suprimir as suas necessidades nutricionais. Nem todos os recém-nascidos com a mesma idade gestacional têm as mesmas competências de alimentação (Sankar, et al, 2008) A adaptação precoce à mama ajuda a uma mais rápida maturação das competências alimentares e estimula a produção de LM (Mathur & Dhingra, 2009).

O acesso às informações, principalmente às orientações dos profissionais de saúde, constitui um fator de influência na manutenção do aleitamento materno do RNPT, nomeadamente no que diz respeito aos benefícios da amamentação para a mãe, para a criança, para a família e para a sociedade, e solução de problemas e dificuldades que possam surgir com vista a promover a amamentação exclusiva prolongada (Silva & Gubert, 2010).

### **3 O caminho para o desenvolvimento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde de Saúde Infantil e Pediatria**

Os enfermeiros da área da pediatria, proactivos e cooperantes na interdisciplinaridade que os cuidados de saúde e a cidadania exigem, estão conscientes do lugar basilar que a sua atividade representa como garante da promoção e implementação de práticas para o desenvolvimento integrado do bem-estar, presente e futuro, da sociedade e, vivenciam-no, dedicando-se por completo aos mais frágeis, as crianças. A promoção da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, pelo investimento na formação e investigação em enfermagem constitui, entre outras, um dever dos enfermeiros atribuído pela Ordem dos Enfermeiros. Os enfermeiros da área da pediatria têm feito esforços significativos no que concerne ao desenvolvimento da enfermagem pediátrica enquanto cuidadores e educadores na promoção da saúde, indispensável a um pleno crescimento e desenvolvimento infantil.

Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (Diário da República, 2011) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família como beneficiários dos seus cuidados. Presta cuidados de nível avançado em parceria com a criança e família/pessoa significativa, para fomentar o melhor estado de saúde possível, através da mobilização de recursos de suporte, com segurança, competência e satisfação, respondendo às suas necessidades específicas.

As competências dos enfermeiros estão diretamente ligadas aos seus saberes. Este é um saber de ação em que o enfermeiro tem a capacidade de adaptar a sua conduta, tendo em conta os seus conhecimentos, à situação concreta de um cliente. Benner (2001) refere que saber implica a capacidade de estabelecer relações causais entre fenómenos e efetuar formulações sobre acontecimentos, e que o conhecimento prático é potencialmente gerador do conhecimento teórico. Para haver aquisição de competências é necessário que ocorra

a passagem da utilização de regras e princípios abstratos para a valorização das experiências vividas, que haja confiança na intuição e vocação e não só no pensamento analítico, que se foque no fenómeno no seu todo complexo destacando o que é mais importante - que haja envolvimento e empenho na situação daquela pessoa / família (Benner, 2001).

Indo ao encontro de uma multiplicidade de contextos reais de cuidados prestados à criança/jovem e suas famílias, às diretrizes da Ordem dos Enfermeiros sobre os contextos de estágio indispensáveis para o desenvolvimento e aquisição de competências de EEESIP, e ainda, de forma a dar resposta ao autodiagnóstico de necessidades de aprendizagem, foram concretizados cinco períodos de estágio em diferentes contextos (ver apêndice 1). As instituições e serviços que constituíram os locais de estágio foram selecionados pelas suas características funcionais específicas que permitiram dar resposta aos objetivos e atividades delineados, promotores de aprendizagens direcionadas à área de projeto. Foi através das vivências que estes locais e os seus profissionais me proporcionaram que me foi possível um desenvolvimento pessoal e formativo, no aspirar da aquisição das competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência centrados na criança e família, em qualquer fase do ciclo vital no período desde o nascimento até aos 18 anos, ou aos 21 anos em caso de doença crónica, incapacidade e/ou deficiência. O desenvolvimento das competências de EEESIP materializou-se através das experiências vividas ao longo dos momentos de estágio nos diferentes contextos, fundeada numa metodologia de projeto, através de uma profunda reflexão sobre a prática e sobre as aprendizagens realizadas.

Deste modo foram delineados dois objetivos gerais sendo para cada um deles definidos objetivos específicos, planeadas as atividades e definidos os contextos onde os pretendi desenvolver, assim como os respetivos indicadores de avaliação e os recursos necessários ao seu cumprimento. A grelha referente a cada um deles, constituindo o meu



plano de trabalho para a unidade curricular de estágio com relatório, pode ser consultada no apêndice 2.

Objetivos gerais delineados:

→ Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na promoção da alimentação, em situação de saúde e doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento.

→ Desenvolver processos de cuidados potenciadores da alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo, na promoção da amamentação exclusiva.

Após a escolha dos locais de estágio, foram realizadas entrevistas com as enfermeiras-chefes de cada local, sendo apresentado um resumo do projeto delineado (ver apêndice 3). Dos locais propostos foi recusado o campo de estágio de Neonatologia da Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais do hospital onde exerço funções de enfermeira generalista desde 2009. Após este contratempo foi realizado um novo pedido de estágio de Neonatologia que foi aceite. Os contextos de cuidados de saúde à criança/jovem e família foram:

- Estágio numa unidade de apoio perinatal diferenciado, pertencente à Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), que assiste todos os recém-nascidos que nascem no hospital ou são referenciados, RN gravemente doentes ou prematuros de muito baixo peso e RN vindos de outros hospitais, que necessitem de vigilância ou cuidados especiais. A Unidade de Neonatologia integra as áreas: Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais; Berçário; Consulta de Desenvolvimento; Consulta de Neonatologia; dá apoio à Consulta de Transmissão Vertical e Consulta de Diagnóstico Pré-natal, e desenvolve ainda projetos com o Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno nos RN prematuros e o Grupo de Apoio ao Método Canguru. Esta unidade presta cuidados neonatais de excelência, nomeadamente na área da alimentação oral precoce, o que me permitiu consultar e observar normas institucionais e boas práticas, com possibilidade de treino das mesmas.
- Estágio no Internamento de Pediatria onde são prestados serviços ao nível do internamento, das unidades, das consultas e serviço de

urgência, onde são prestados cuidados centrados na saúde e doença da criança e adolescente. Este local foi escolhido por proporcionar o contacto com crianças de todas as faixas etárias a vivenciar diferentes situações de saúde/doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento.

- Estágio numa Urgência Pediátrica que oferece atendimento de qualidade por profissionais qualificados na área da Pediatria, realização de exames complementares de diagnóstico, administração de terapêutica. A sua missão é prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico que se encontram em situação de doença aguda (criança/jovem e família), utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis. No SUP foi-me possível a vivência de uma diversidade de situações de urgência geridas de forma diferenciada pela Enfermeira Especialista ESCJ, em cada uma das suas valências.
- Estágio numa Unidade de Saúde Familiar com a missão de prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade. A sua consulta de Enfermagem – engloba a consulta de saúde infantil, planeamento familiar, saúde materna, hipertensão e diabetes; Tratamentos; Vacinação e Apoio Domiciliário. O estágio neste local permitiu um maior conhecimento e aprofundamento dos recursos disponíveis na comunidade, nomeadamente na prestação de cuidados diferenciados no acompanhamento da Enfermeira Especialista em ESIP na realização da consulta de saúde infantil e juvenil e visitação domiciliária ao recém-nascido.
- Estágio numa Unidade de Neonatologia dedicada ao diagnóstico e tratamento das doenças dos recém-nascidos e aos cuidados necessários com os prematuros, que necessitam de cuidados de saúde especiais, assegurando a maior proximidade possível entre os recém-nascidos e a sua família, sendo que a sua participação nos cuidados, em parceria com a equipa clínica, é sempre desejável e planeada diariamente. Neste contexto foi possível a observação dos cuidados ao RNPT nomeadamente na introdução da alimentação oral, critério para o início da mesma e apoio à amamentação. Após esta análise foi realizado o levantamento das

necessidades da equipa de saúde e realizadas sessões de formação teórica e de prática com a mesma.

Pretende-se neste capítulo descrever e analisar as atividades propostas tendo em conta os objetivos delineados, bem como analisar e refletir sobre as aprendizagens, sustentando-me no conhecimento e evidência científica existentes e nos documentos reguladores da profissão. Para uma melhor compreensão dos processos de trabalho, este capítulo encontra-se organizado tendo em conta os dois objetivos gerais definidos no projeto de estágio.

### **3.1 Cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na promoção da alimentação, nas diferentes etapas do desenvolvimento.**

O objetivo delineado reflete uma grande área de intervenção de enfermagem, desenvolvida nos diferentes contextos de estágio. Em cada um deles são visíveis as transições vividas pela criança e família decorrentes das situações de saúde e doença e das fases do seu ciclo de vida. A compreensão das mesmas é essencial para a análise dos processos de cuidados prestados e das terapêuticas de enfermagem que é necessário mobilizar, e que pretendem ser promotoras de experiências de transição saudáveis.

Para a compreensão das experiências de transição nos diferentes locais de estágio, foi construída uma ferramenta de trabalho, com base na teoria das transições de Afaf Meleis, que me permitiu registar algumas das experiências vivenciadas e a análise reflexiva das mesmas (ver apêndice 4).

Em todos os contextos foram presenciadas transições do tipo saúde/doença. No entanto, estas foram mais evidentes nos contextos de internamento de pediatria e urgência pediátrica, devido maioritariamente a situações de doença súbita aguda. Estas situações implicavam uma obrigatória alteração nas rotinas familiares nomeadamente pela necessidade de a criança faltar à escola,

dependência de terceiros para cuidar dos restantes elementos da família, sobrecarga financeira devido à interrupção profissional dos pais, alterações no bem-estar e perda na autoeficácia parental. A hospitalização da criança encontra-se muitas vezes associada a uma maior preocupação sobre a sua saúde por parte dos pais. Este período apresenta fatores stressantes devido à incerteza sobre a doença da criança, falta de informação recebida ou não entendimento da mesma e disrupção do papel parental habitual (Hallström, Runesson & Elander, 2002).

Perante uma transição na parentalidade do tipo situacional como em caso de doença da criança, os pais devem adquirir novos comportamentos para cuidarem dos seus filhos e conseguirem satisfação com o seu papel parental. A doença e a hospitalização implicam muitas vezes uma crise de identidade parental com dúvidas por parte dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e às expectativas dos profissionais.

Um dos compromissos dos enfermeiros em pediatria é promover a adequação da parentalidade à nova realidade, cooperando com cada família na adaptação ao processo de saúde. A família deve ser apoiada, instruída e dotada de conhecimentos e habilidades que lhes permitam ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos, dentro das suas necessidades e desejos (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os pais, mesmo no hospital, querem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, a orientação e informação em tempo oportuno para a sua integração, para que a família tenha capacidade de gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho.

Os padrões de resposta perante as experiências de transição vividas que pude observar variaram segundo os fatores condicionantes à transição e segundo as terapêuticas de enfermagem utilizadas. Conhecimentos sobre a situação de saúde, crenças e atitudes pessoais demonstraram ser determinantes e atuaram como fatores facilitadores ou inibidores. As famílias que já tinham experienciado internamentos anteriores ou com maior conhecimento relativamente à situação de

doença necessitaram de intervenções terapêuticas diferentes das famílias sem experiências anteriores. O conhecimento das normas institucionais, rotinas dos serviços e principalmente dos elementos da equipa de saúde demonstraram diminuir a ansiedade e angústia por parte dos pais. Pelo contrário, o momento do acolhimento da criança/jovem e família constitui um momento de grande ansiedade pelo receio do desconhecido.

A maioria dos pais compreende que a experiência da hospitalização exige mudanças no seu papel parental, e que necessitam de tempo para se adaptarem ao internamento da criança e alterar o seu papel em relação ao pré-existente. O desconhecimento acerca do ambiente hospitalar é muitas vezes sentido como assustador, uma vez que provoca sentimentos de insegurança, impotência e de desamparo (Silveira, Angelo, Martins, 2008).

Os contextos de internamento em Pediatria, Urgência Pediátrica e Cuidados de Saúde Primários constituíram períodos muito enriquecedores para o meu desenvolvimento pessoal e profissional na aquisição de competências assentes nos pilares fundamentais da enfermagem pediátrica: os cuidados centrados na família, os cuidados para o desenvolvimento e os cuidados não traumáticos.

Tal como descrito no referencial teórico utilizado neste trabalho, os CCF constituem uma abordagem de cuidados que reconhece o papel fundamental dos pais na vida das crianças, enfatiza o respeito, o apoio e parceria entre a família e os profissionais de saúde de forma a ajudar à manutenção da normalidade das rotinas familiares. As forças e capacidades da família são reconhecidas e valorizadas no planeamento da prestação de cuidados, sendo que esta recebe por parte dos profissionais a orientação e treino necessários para participar neles.

Em contexto de internamento de pediatria foi-me possível o acompanhamento da única EEESIP do mesmo. No entanto, apesar da equipa de enfermagem ser bastante jovem, os cuidados prestados centram-se nas filosofias de cuidados acima referidas. A EEESIP que acompanhei neste contexto demonstrou em cada momento de contacto com as crianças/jovens e suas famílias, preocupação durante o

acolhimento das mesmas, com verdadeiro interesse pelas preocupações da família com a criança, procurando tranquilizar os pais. Em todos os contactos, a transmissão de informação foi realizada de forma clara e honesta, esclarecendo questões e desmistificando receios, e planeando a gestão dos cuidados em conjunto, de forma a capacitar os pais para poderem voltar à sua posição de controlo e de tomada de decisão. Também me foi dada a oportunidade de acompanhar famílias a vivenciar estes processos de transição facilitando a aquisição das competências de EESIP<sup>1</sup>, através da observação das dinâmicas familiares e momentos de interação com as mesmas, de forma a compreender as necessidades de informação por parte das famílias adequando o ensino de novas habilidades aos momentos mais oportunos.

A intervenção da EEESIP fez toda a diferença no acolhimento e prestação de cuidados centrado na família. A capacidade de conseguir fazer com que os pais se sintam parte da solução, a preocupação pela crise que estão a viver facilitou a transmissão da informação incentivando-os a participar nos cuidados ao seu filho, fazendo-os sentir como parte integrante dos cuidados e como os peritos e os mais significativos para a saúde global da criança. Os CCF são mobilizados enquanto intervenções de enfermagem potenciando a partilha de informação e conhecimentos de ambas as partes fazendo com que os pais se sintam como parte da equipa, desenvolvam confiança e se sintam situados na experiência que estão a viver.

Perante situações de doença crónica, em internamentos mais longos, pude vivenciar a articulação entre vários elementos da equipa multidisciplinar na articulação com os recursos da comunidade para dar resposta às necessidades da criança e família (ver apêndice 5) para a concretização de uma transição saudável. Estas situações

---

<sup>1</sup>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.

E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.

permitiram a aquisição das competências de EEESIP<sup>2</sup> no sentido do incentivo à adoção de comportamentos potenciadores de saúde, tendo em conta a estrutura e o contexto do sistema familiar, assim como o potenciar da articulação com os recursos existentes na comunidade e redes de suporte (Ordem dos Enfermeiros, 2010). É função do enfermeiro especialista orientar os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas apropriadas que os permitam satisfazer adequadamente as necessidades do seu filho. O enfermeiro deve ainda recorrer a outros profissionais de saúde e apoios existentes na comunidade, quando necessário, de forma a garantir a recuperação da saúde da criança e apoio aos seus cuidadores (Borges, 2006).

Os principais *stressores* associados à hospitalização relacionam-se com a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Quando a experiência de hospitalização é em contexto de urgência estes sentimentos podem ser potenciados. O medo, a ansiedade e a dor associados a procedimentos técnicos constituem um dos principais focos de atenção da enfermagem de saúde da criança e do jovem, e sua família (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). No SUP os enfermeiros confrontam-se frequentemente com a experiência de medo das crianças, com a consequente necessidade de desenvolver interações que transformem a situação de doença e hospitalização numa experiência positiva (Fernandes, 2012).

Em contexto de urgência pediátrica tive o meu primeiro contacto com a triagem pediátrica, um local privilegiado de primeiro contacto com crianças e famílias a vivenciar experiências de transição de saúde/doença. É na área da triagem que os pais são informados sobre o processo de atendimento e a dinâmica do serviço, caso estes ainda

---

<sup>2</sup>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde.

E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.

E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.

E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.

não estejam familiarizados com o mesmo. Neste local o desenvolvimento de técnicas de comunicação eficaz que permitam a avaliação do estado de saúde da criança ao mesmo tempo que são escutadas e valorizadas as dúvidas e receios da criança/jovem e sua família, foi essencial para o meu desenvolvimento e aquisição de competências<sup>3</sup>.

A avaliação inicial na triagem tem como objetivo a priorização de situações de risco e que requerem cuidados imediatos. Este momento constitui a primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança e os seus pais, e onde se torna imperativo o proporcionar de um primeiro contacto acolhedor e empático, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que também esta é uma oportunidade para responder às suas necessidades e preocupações (Diogo et al.,, 2016).

Em contexto de triagem, uma vez que nos encontramos perante uma situação de doença aguda, intervenções como a rápida chamada para a triagem e a partilha de informação sobre o possível plano de cuidados e procedimentos a realizar, diminuem significativamente a ansiedade da família. Minimizar o tempo de espera até ao momento da triagem é uma estratégia importante para diminuir a intranquilidade dos pais e evitar situações de tensão entre estes e a equipa de saúde (Fernandes, 2012).

Sentimentos como medo, ansiedade e frustração são frequentemente expressos pelos pais de crianças hospitalizadas. Estes sentimentos podem estar relacionados com a própria gravidade da doença ou com a dor e o trauma que a criança possa estar a sentir devido aos procedimentos a que poderá estar sujeita a nível hospitalar (Sanders, 2014). Podem ainda ocorrer devido à falta de informação sobre o tratamento e os procedimentos, pelo ambiente desconhecido e

---

<sup>3</sup>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.

E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.

E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.  
E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).

E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.



desconhecimento das regras institucionais, ou mesmo, pelo contacto com uma equipa de profissionais pouco acolhedora que dificulta a sua participação ou a colocação de perguntas (Sanders, 2014).

No acompanhamento da EEESIP foi-me possível verificar que houve o cuidado por parte da mesma de integrar a criança e família em todo o processo de cuidados, o que nem sempre é fácil, ou por situações de emergência, ou pelo ritmo acelerado da própria dinâmica do serviço, que pode deixar pouco espaço para esta participação. É necessário investir tempo na interação com a criança de forma a potenciar que esta colabore no procedimento e se mantenha calma, e a minimizar o sofrimento. Como terapêuticas de enfermagem deve ainda ser garantida a privacidade, proporcionar a presença constante entre os pais e a criança, explicar os possíveis efeitos antes, durante e após os procedimentos, e o próprio enfermeiro transmitir uma atitude empática, calma e responsável (Diogo, et al., 2016).

No que diz respeito aos cuidados não traumáticos (CNT) o contexto de pediatria mostrou-se muitíssimo rico em experiências. O serviço de internamento de pediatria inclui o hospital de dia de cirurgia. Para as cirurgias de ambulatório, nomeadamente de otorrinolaringologia, encontra-se implementado um protocolo desde a consulta pré-cirúrgica até ao recobro que é feito em sala própria no internamento.

Na perspetiva da criança, uma cirurgia significa medo dos procedimentos invasivos e desconhecidos que podem provocar dor, o que pode levar a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo e social e persistir para além do período pós-operatório (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). A implementação de um programa de preparação pré-cirúrgica dirigido à criança/jovem diminui o nível de ansiedade e a resposta ao *stress* cirúrgico, diminuindo ainda o risco de possíveis sequelas operatórias potenciando a adaptação bem-sucedida à sua nova situação e ao ambiente hospitalar (Dawson, 2003).

Um dos objetivos dos CNT é estimular o autodomínio da criança, reduzindo a angústia psicológica (ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa), sentimentos que surgem quando esta

sente algum desconforto. Os cuidados não traumáticos referem-se à prestação de um cuidado terapêutico em meio clínico, por profissionais de saúde através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança/jovem e família (Hockenberry & Wilson, 2014). Através da utilização de medicação adequada a dor é aliviada, no entanto a utilização de medidas não farmacológicas tem um efeito muito positivo na criança. Estas são seguras, não invasivas, pouco dispendiosas e constituem intervenções de enfermagem independentes. A família deve ser envolvida no processo de seleção das estratégias mais adequadas para o alívio da dor e desconforto do seu filho pois são quem melhor conhece a criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Para a aquisição das competências de EEESIP<sup>4</sup> enquanto enfermeira, foi importante escutar os pais e questioná-los sobre quais as estratégias que resultam com o seu filho, tendo em conta as suas experiências.

Desde 2003, a Direção Geral da Saúde considera a dor o 5º sinal vital, sendo o seu controlo um dever dos profissionais de saúde, e a sua implementação como norma de boa prática, uma estratégia altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades. Constitui ainda uma orientação consignada na Carta da Criança Hospitalizada. Como principais prestadores de cuidados nos hospitais, os enfermeiros estão muitas vezes associados a situações traumatizantes e dolorosas, daí a importância de envolver a família no processo de cuidados, assim como adotar estratégias lúdicas na gestão do medo, como a brincadeira terapêutica.

Brincar é uma das atividades mais importantes na vida da criança. Quando brinca esta desenvolve a sua criatividade e afetividade, explora o mundo e os seus próprios limites, e expressa não só os seus sentimentos de amor, mas também as suas ansiedades e frustrações (Francischinelli, Almeida & Fernandes, 2012). A utilização da brincadeira na assistência à criança tem vindo a consolidar-se como

---

<sup>4</sup>E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem.

E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.

indispensável na prática de cuidados não traumáticos, como uma intervenção que ajuda a eliminar ou minimizar o desconforto físico e psicológico vivenciado pelas crianças e suas famílias durante a concretização de procedimentos e no tempo de hospitalização. O recurso ao brincar torna o ambiente hospitalar mais humanizado, distanciando os estereótipos do medo e da ansiedade tão presentes no quotidiano das crianças, ao serem submetidas a procedimentos considerados dolorosos e angustiantes (Francischinelli, et al., 2012).

A brincadeira é um recurso muito valioso para o enfermeiro pois através destes momentos de interação com a criança esta pode revelar necessidades e sentimentos, além de que a vai ajudar a compreender as situações e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que se encontra sujeita, favorecendo sentimentos de tranquilidade, segurança e aceitação dos procedimentos, facilitando o convívio harmonioso com os profissionais de saúde (Cintra & Silva, 2006).

Em contexto de internamento de pediatria os procedimentos dolorosos são realizados em sala própria, em ambiente calmo e de decoração agradável. É proporcionado à criança o acesso a um conjunto de brinquedos adequado ao seu estágio de desenvolvimento e a possibilidade de ver televisão (desenhos animados) ou ouvir músicas de que goste.

No SUP encontram-se disponíveis em todas as salas de tratamento televisões com acesso a canais de desenhos animados e alguns enfermeiros disponibilizam dispositivos interativos pessoais onde as crianças podem ouvir músicas ou assistir a vídeos disponíveis na internet. O SUP tem ainda disponíveis diversos “kits contra a dor” disponibilizados pelo Núcleo Contra a Dor, existente no hospital, constituídos por brinquedos e acessórios de distração e controlo da dor. São ainda realizadas formações periódicas aos profissionais de sobre medidas não farmacológicas de controlo da dor e utilização adequada dos *kits*.

Em ambos os contextos são aplicadas escalas de avaliação da dor adequadas às diferentes idades e estádios de desenvolvimento.

São diversas as ações que se podem efetuar para minimizar a dor, como ponderar o momento da sua realização, executar a técnica

com perícia e delicadeza, escolher criteriosamente o material mais adequado, usar medidas não farmacológicas (sucção não nutritiva, sacarose, contenção, medidas de conforto gerais), aplicar anestésicos locais e envolver os pais nos cuidados dando-lhes indicações adequadas (Batalha, Santos & Guimarães, 2007).

Em contexto da comunidade a maioria dos momentos dolorosos são devidos à vacinação. Como estratégias utilizadas destaca-se utilização de sucção não nutritiva durante a administração do injetável e a EEESIP já vacinava as crianças ao colo dos pais. A amamentação durante a vacinação ainda não era utilizada mas após a apresentação das vantagens da mesma, alguns enfermeiros começaram a adotar esta medida como estratégia do controlo da dor (ver apêndice 6).

A administração de vacinas é a causa mais comum de dor iatrogénica na infância, constituindo um momento de grande angústia para crianças de todas idades. A falta de utilização de medidas de controlo da dor durante a imunização expõe a criança a um sofrimento desnecessário (Galvão, Pedroso & Ramalho, 2015).

A amamentação tem vindo a ser estudada como uma alternativa de controlo da dor durante procedimentos dolorosos, com resultados positivos. A amamentação é uma estratégia natural e facilmente disponível que deve ser adotada pelos prestadores de cuidados de saúde e pais, que se tem revelado eficaz na diminuição da dor durante a vacinação. Não tem custos e é a técnica ideal a ser utilizada em ambientes de cuidados de saúde primários uma vez que engloba três componentes confortáveis e analgésicos para as crianças: o paladar, a sucção e o contacto pele-a-pele (Tansky & Lindberg, 2010). O leite materno contém endorfinas, substância química que ajuda a suprimir a dor - amamentar o bebé durante ou logo após ele ser vacinado ajuda a superar a dor e o leite materno também reforça a eficiência da vacina (Galvão, et al., 2015).

A amamentação influencia de forma positiva as respostas à dor. É uma medida não farmacológica eficaz no controlo e alívio da dor aguda, perante procedimentos dolorosos potenciadores de *stress* e dor nos cuidados ao recém-nascido e lactente. Torna-se importante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar e avaliar adequada

e eficazmente a reação à dor aguda utilizando a amamentação para minimizá-la (Jerónimo, Freitas, Nunes & Rodrigues, 2015).

Em todos os contextos os procedimentos foram idealmente realizados na presença dos pais, se possível ao colo destes e em parceria com os mesmos. Em crianças pequenas a sacarose ou outras soluções açucaradas, associadas a sucção não nutritiva e o contacto pele a pele são utilizadas como medidas para diminuir a percepção da dor.

O uso de substâncias glicosadas durante os procedimentos dolorosos, especialmente a sacarose, tem sido evidenciado como uma mais-valia no controlo da dor dos recém-nascidos. A administração da solução de sacarose diminui a frequência cardíaca e reduz o choro. A sacarose associada com sucção não-nutritiva apresenta um positivo efeito analgésico (Gaspardo, Linhares & Martinez, 2005).

Em todos os contextos foram possíveis aprendizagens referentes ao desenvolvimento infantil, através de experiências de observação, acompanhamento crianças em diferentes idades e estádios de desenvolvimento, com enfoque na intervenção de enfermagem em processos transicionais saudáveis, com a consequente aquisição de competências de EEESIP<sup>5</sup>. Para tal foi imperativo a aquisição de conhecimentos sobre estratégias comunicacionais de forma a ajudar a criança/jovem e sua família na antecipação de futuras situações de transição através dos cuidados antecipatórios.

Uma comunicação de qualidade é um dos pilares fundamentais nos cuidados de saúde. A adesão a propostas que implicam mudanças de hábitos e de atitudes está diretamente ligada à capacidade de envolver as pessoas na solução de seus próprios problemas, para que as pessoas tomem as suas próprias decisões (Alves & Moulin, 2008).

---

<sup>5</sup>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.

E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

O sector da saúde constitui o principal contacto com os futuros pais e famílias de crianças, desenvolvendo um papel fundamental na capacitação para o autocuidado e para a responsabilização pela própria saúde, contribuindo para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens. O processo contínuo de crescimento e desenvolvimento infantil é influenciado por fatores hereditários e ambientais, dos quais resultam mudanças físicas, cognitivas e emocionais, embora cada criança tenha um padrão de crescimento e desenvolvimento único (Carrondo, 2006).

Em contexto de SUP e Pediatria foi possível uma apreciação geral do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, pela avaliação dos seus parâmetros e no contacto frequente com as mesmas. Foi ainda importante a partilha de informação com os pais, pois o contexto hospitalar pode alterar comportamentos e a própria situação de doença pode trazer alterações físicas. No contexto de Comunidade, as consultas de saúde infantil eram realizadas de acordo com o preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, apesar da aplicação da escala de Mary Sheridan modificada ser realizada pela equipa médica. No entanto foi-me possível realizar a sua aplicação prática em parceria com estes elementos da equipa de saúde.

Na prática profissional utilizam-se indicadores padronizados em gráficos de crescimento (percentis) tendo em vista um padrão de crescimento estável saudável, considerando as diferenças individuais. As curvas de crescimento constituem um instrumento fundamental na monitorização do estado de nutrição e crescimento de crianças e de adolescentes (DGS, 2013). De forma a acompanhar este processo, as consultas de vigilância de saúde são programadas para idades-chave - correspondem a acontecimentos considerados marcos evolutivos, importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, emocional, socialização, alimentação e escolaridade - e incluem a avaliação do estado de saúde e de crescimento, o nível de desenvolvimento e a qualidade do relacionamento entre os pais e a criança (Carrondo, 2006). No entanto, a periodicidade das consultas deve ser adequada a

cada caso particular, considerando momentos específicos de transição no ciclo de vida das famílias como doença grave, morte, separação ou nascimentos (DGS, 2013).

É durante a vida pré-natal até aos primeiros seis anos de vida que se estabelecem os alicerces para uma futura vida saudável. A alimentação, com uma adequada nutrição, encontra-se diretamente relacionada com a saúde ao longo de toda a vida, e engloba-se em múltiplas funções: nutricional, desenvolvimental, preventiva, cultural, terapêutica, emocional. Todas as fases de desenvolvimento e crescimento são reguladas por fatores alimentares, desde logo no momento da implantação do ovo até ao nascimento e consequente decisão das mães em amamentar os seus filhos. No primeiro ano de vida verifica-se um acelerado crescimento, que após os primeiros 6 meses leva à necessidade da introdução alimentar, devendo os enfermeiros intervir na educação da família sobre os alimentos e hábitos nutricionais saudáveis (Carrondo, 2006).

Em todos os contextos há um esforço para avaliar os hábitos alimentares da criança e jovem e sua família, tal como preconizado no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2012) com o objetivo de estabelecer um padrão alimentar saudável e melhorar o seu estado nutricional. Um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional (cardiovasculares, oncológicas, diabetes e obesidade).

Para a promoção de um adequado crescimento e desenvolvimento infantil é primordial a adequação pelos profissionais, de conhecimentos relativos ao aleitamento materno e alimentação infantil. É ao nível da prevenção primária, através do conhecimento da realidade de saúde, sociocultural e psicossocial, que é possível a educação da população com o objetivo de prestar uma assistência de saúde à criança, na prevenção de problemas nutricionais, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos de vida saudáveis (Alves & Moulin, 2008).

O leite materno é indiscutivelmente o alimento ideal para o lactente, principalmente nos primeiros seis meses de vida, pelos seus

benefícios nutricionais, imunológicos, afetivos. O aleitamento materno garante um crescimento e desenvolvimento adequados e equilibrados ao mesmo tempo que promove a vinculação. Crianças amamentadas aceitam melhor a introdução de novos alimentos devido às frequentes alterações no sabor do leite materno e a sucção à mama promove um desenvolvimento mais saudável da mandíbula e arcádia dentária (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A diversificação alimentar após os primeiros seis meses de vida, vai trazer diversos benefícios para o bebé. Além de a nível nutricional fornecer os nutrientes e energia necessários ao seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, é ainda um processo evolutivo para a aquisição de diversas competências motoras e de coordenação e sensorial através da exposição a diversos estímulos gustativos, olfativos e visuais que advêm dos alimentos (Cordeiro, 2016). Um regime alimentar equilibrado e variado constitui uma necessidade irredutível da criança como referido na Declaração Universal dos Direitos da Criança.

Do referido neste relatório até ao momento, em nenhum instante, foi descurado o meu foco no desenvolvimento das competências de EEESCJ, no entanto não é possível especificar todas as experiências vividas ao longo do estágio e seus contributos específicos, nomeadamente no que diz respeito às competências relativas à implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; ao diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; à promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde; e ao cuidar nas situações de especial complexidade (OE, 2010 b). Seguidamente será realizada a análise das diferentes experiências de transição e das diferentes terapêuticas de enfermagem mobilizadas pela concretização do meu segundo objetivo geral, com enfoque na alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo e promoção da amamentação exclusiva.



### **3.2 A alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo, na promoção da amamentação exclusiva**

No desenvolvimento do projeto elaborado, ao longo do tempo de estágio, no percurso de desenvolvimento de competências específicas, a minha linha orientadora consistiu no desenvolvimento de processos de cuidados que potenciassessem o início da alimentação oral o mais precocemente possível e de forma segura para o recém-nascido pré-termo de forma promover a amamentação exclusiva prolongada.

Como referi anteriormente o aleitamento materno é uma prática fundamental para a promoção de saúde das crianças. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que implica a interação profunda entre mãe-bebé, com repercussões no estado nutricional da criança, na proteção contra infeções, na redução da morbilidade e mortalidade infantil, na promoção do seu crescimento e adequado desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Amamentar é ainda fonte de calor, amor e conforto (Nunes, 2015).

Durante muito tempo a avaliação das competências e prontidão para a alimentação oral dos recém-nascidos pré-termo baseavam-se apenas na sua idade gestacional, hoje em dia a estabilidade respiratória, a capacidade da sua coordenação com a sucção e deglutição, a organização comportamental e a patologia, são fatores tidos em conta, na adaptação precoce do RNPT à mama. Os enfermeiros têm como uma das suas intervenções autónomas e independentes a decisão sobre técnicas próprias para a aquisição da autonomia da alimentação por parte de quem cuida. É necessário que os enfermeiros que prestam cuidados a RNPT avaliem de forma contínua as habilidades de alimentação de cada bebé de forma a identificar as suas necessidades e intervir nas eventuais dificuldades. Os profissionais de saúde têm algumas dificuldades em estabelecer a altura adequada e segura para iniciar a amamentação. Para colmatar esta necessidade é necessária a aplicação de uma ferramenta padronizada que ajude os enfermeiros a avaliar a prontidão para a

alimentação oral do RNPT de forma a potenciar a amamentação assim que possível (Fujinaga, et al., 2013).

Tal como referido anteriormente a Early Feeding Skills é um instrumento que possibilita avaliar as competências precoces na alimentação oral. Através da observação do recém-nascido ao longo de todo o processo de alimentação é possível identificar quais as medidas de suporte que este necessita para se alimentar em segurança (Curado, Maroco, Vasconcellos, Gouveia & Thoyre, 2017).

No contexto do primeiro estágio de neonatologia foi-me possível acompanhar a EEESIP o que me permitiu consolidar conhecimentos para a promoção vinculação (com enfoque na amamentação como potenciadora neste processo) no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais, na aquisição das competências necessárias<sup>6</sup>. No contexto de UCIN, o enfermeiro necessita de conhecimentos técnicos para utilizar equipamentos muito complexos aliados à sensibilidade, experiência e compreensão do cuidado que presta de forma a promover um cuidado seguro, responsável e ético, tendo de agir empaticamente perante a instabilidade clínica do RN a consequente ansiedade da família (Gaiva, 2006).

O nascimento de um recém-nascido pré-termo que é internado numa UCIN representa uma grande crise para os pais. O processo de vinculação é dificultado pela separação pelo que se torna primordial o meu papel enquanto enfermeira no desenvolvimento de cuidados centrados na família. A adoção de práticas como a avaliação sistemática da dor, o questionar a organização dos cuidados (rotinas instituídas, técnicas usadas, escolha de material, repetição de procedimentos, estímulos ambientais, preservação dos períodos de sono e vigília, parceria de cuidados com os pais), o adotar sempre uma atitude preventiva e implementar protocolos de atuação, são primordiais para que todos os recém-nascido se possam desenvolver

---

<sup>6</sup>E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade.

E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interactivo.

E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.

E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.

E3.2.5 — Promove a amamentação.

E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.

E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.

no melhor ambiente de cuidados possível, junto às suas famílias (Moreno, 2012). A ocorrência de episódios de dor recorrentes ou a exposição prolongada a situações dolorosas alteram a forma como o RN processa o estímulo doloroso, podendo ter efeitos nocivos no seu comportamento e desenvolvimento a longo prazo (DGS, 2010).

À luz de Meleis (2010), os enfermeiros desenvolvem os seus cuidados no sentido de compreender o modo como cada família experiencia as suas transições, o que varia de acordo com os fatores facilitadores e inibidores de cada criança e família. O enfermeiro mobiliza-se de modo a tornar o ambiente da UCIN mais convidativo, de forma a tornar mais próximos os pais e os bebés, facilitando a vivência da parentalidade e uma vinculação segura. Os cuidados para o desenvolvimento representam uma ação fundamental, uma vez que é através de intervenções como a ajuda na interpretação dos sinais do RN - com ênfase no reconhecimento que estes têm dos seus pais pelo escutar a voz e reação ao toque, como forma de amor e segurança - que se consegue esta aproximação. Os pais vão-se sentindo mais próximos, seguros e confiantes no conhecimento do seu filho.

Em resposta ao meu objetivo delineado para este estágio foi-me ainda possível o acompanhamento de uma perita na área da aplicação da EFS, que inclusive foi uma das colaboradoras na sua tradução e adaptação para o contexto cultural e língua portuguesa. Após o estudo do Manual de Aplicação da Escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Versão Modificada (EFS-VM), observei a aplicação da escala por parte desta perita em diversos RNPT que se encontravam na fase de introdução da alimentação oral. Após este treino iniciei eu a aplicação deste instrumento no momento da alimentação oral por tetina a estes RN. A aplicação da escala era realizada em três momentos: no primeiro era avaliada a preparação para a alimentação oral, imediatamente antes de o recém-nascido iniciar a alimentação; seguidamente, era avaliada a competências para a alimentação oral e por fim a tolerância à alimentação oral. Desta forma era possível elaborar o perfil de cada RN relativamente às suas competências alimentares e verificar quais os pontos em que apresentavam maior dificuldade assim como que competências

estavam num processo de desenvolvimento ou ainda não tinham surgido. No final de cada momento de alimentação eram pontuadas as capacidades para a alimentação e utilizada essa avaliação para definir um plano alimentar individualizado para cada RN. As escalas avaliadas eram anexadas ao processo (na altura ainda não se encontravam informatizadas, atualmente já estão) e eram descritas em notas no programa informático as intervenções e o plano para cada criança.

Outra mais valia foi a participação de cada família na aplicação da escala ao seu bebé. O contacto dos pais com as práticas da UCIN possibilitam-lhes a aquisição de conhecimentos acerca das práticas que produzem um cuidado seguro e adequado ao bebé. Esses conhecimentos possibilitam aos pais a prestação dos cuidados de forma segura e com maior autonomia, à medida que percecionam o que é melhor para seus filhos, aproximando-se mais das suas necessidades (Duarte et al., 2012).

Todo este treino foi fundamental para a minha familiarização com a escala e capacitação para a sua aplicação, com o objetivo de me tornar uma perita na sua implementação, nomeadamente na Unidade de Cuidados Neonatais onde trabalho. Um dos recursos para a aprendizagem é a procura de conhecimento interinstitucional: a prática é uma fonte de conhecimentos que podem ser transferidos para outras situações e transformados em saber, a partir de sua aplicação, enriquecendo esquemas de ação e construindo novas competências. Quando o enfermeiro se sensibiliza com um problema presente no seu dia-a-dia, sente motivação para aprender e transformar pois a aprendizagem para a mudança irá ajudar na solução do problema que mobilizou a sua sensibilidade (Assad & Viana, 2005).

Na unidade onde trabalho comecei por identificar o problema – a primeira estimulação para alimentação oral ao RNPT era realizada apenas a partir das 34 semanas, embora com a mais-valia de na maior parte das vezes ser à mama. Seguidamente, fiz um protocolo de uma *scoping review* de acordo com o *Joanna Briggs Institute* de forma a compreender quais os fatores relacionados com a alimentação oral precoce, do recém-nascido pré-termo, que influenciam a amamentação exclusiva (ver apêndice 7). A partir desta tive a oportunidade de

apresentar o trabalho desenvolvido no congresso da European Society of Paediatric Neonatal Intensive Care, participando com a apresentação de dois *posters* (apêndice 8). O trabalho desenvolvido foi ainda apresentado nas Comemorações do 9.º Aniversário da ESEL com o tema: Equidade Alimentar e Cuidados de Manutenção na vida: desafio à Enfermagem (apêndice 9).

Ainda no desenvolvimento das minhas competências frequentei as XLV Jornadas Nacionais de Neonatologia (ver programa no anexo 7) e participei com um *poster* (apêndice 10) na Conferência Internacional Aleitamento Materno.

No segundo contexto de estágio de neonatologia pretendia concretizar o desenvolvimento de processos de cuidados potenciadores da alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo, na promoção da amamentação exclusiva, nomeadamente pela identificação das competências para a alimentação oral do recém-nascido através da aplicação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada. Quando este objetivo foi delineado o local de estágio pretendido era a unidade onde exerço funções que providencia cuidados diferenciados ao RN de alto risco e a grandes prematuros, provenientes da sala de partos, Obstetrícia e/ou de UCIN de outros hospitais, promovendo, acompanhando e potenciando o desenvolvimento destes bebés. Uma das mais-valias desta unidade é que além de receber RNPT desde o limiar da viabilidade – 24 semanas de idade gestacional - se encontra inserida num hospital pertencente à Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés desde 2010 (ver anexo 8). Tal como anteriormente referido não me foi possível a concretização de estágio neste contexto, pelo que foi selecionada uma outra Unidade de Neonatologia.

O facto do referido hospital ainda não adotar medidas amigas dos bebés associado a uma equipa de enfermagem maioritariamente muito jovem levou a que fosse imprescindível o levantamento das necessidades destes profissionais e repensar o desenvolvimento de atividades que lhes desse resposta. Este levantamento foi realizado através de entrevista exploratória (semiestruturada) com as enfermeiras coordenadora e orientadora e em momentos informais com

alguns elementos da equipa (ver apêndice 11). A partir desta tomei conhecimento que a maioria da equipa de enfermagem não possuía conhecimentos sobre a importância da alimentação oral precoce nem a forma segura de a introduzir; a maior parte da equipa desconhecia a existência da EFS-VM; que os conhecimentos sobre a melhor forma de alimentar os bebés e vantagens do aleitamento materno eram transmitidos informalmente entre pares; que na maioria das vezes a alimentação oral era realizada através da introdução da tetina mesmo na presença de mães que desejavam amamentar.

Desta forma foram realizadas sessões de formação à equipa de saúde - enfermeiros, médicos e fisioterapeutas – abrangendo cerca de 60% destes profissionais (ver apêndice 12) com o objetivo de incentivar a implementação de medidas associadas aos fatores promotores da amamentação e aleitamento materno; identificar as competências para a alimentação oral do recém-nascido através da aplicação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada; compreender o conjunto das competências precoces dos Recém-Nascidos Pré-Termo, tendo em conta a avaliação das capacidades destas crianças para o processo da introdução da alimentação oral. Após a realização das sessões foi entregue pela enfermeira coordenadora uma avaliação sucinta da mesma com um feedback positivo por parte da equipa. Durante o período de estágio foi ainda possível o treino, em conjunto com um elevado número de profissionais, sobre técnicas de adaptação do RNPT à mama, técnicas alternativas de alimentação oral e formas promover o aleitamento materno junto das famílias, enaltecendo as suas vantagens.

Apesar de não me ter sido possível a concretização do objetivo delineado no projeto de estágio considero que este estágio consistiu numa mais-valia para mim. Em paralelo a dois contextos de estágio foi possível o início de um novo caminho na introdução da alimentação oral precoce, idealmente através da amamentação na unidade onde exerço funções, pelo incentivo dos meus colegas e despertar para a necessidade de promover a amamentação exclusiva a prolongada por todos os seus benefícios a curto, médio e longo prazo.

## 4 Considerações finais

Chega assim o final deste percurso que culmina com a elaboração deste relatório após a reflexão sobre todos os contributos que o 7º CMEESIP proporcionou ao meu desenvolvimento pessoal e profissional vindo alicerçar todo um percurso realizado e vindouro como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A Enfermagem enquanto profissão necessita de analisar as suas práticas, refletir sobre as mesmas e seguir os melhores caminhos assegurando o seu papel primordial nos cuidados globais de saúde. Os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior relevo na garantia de acesso de toda a população a cuidados de saúde de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Cuidar em enfermagem implica estar atento a alguém que vive uma situação específica, dando atenção particular ao seu estado e bem-estar, com vista a ajudá-lo dentro das suas competências. Esta atenção é única e singular e deve ser pensada e repensada.

Os enfermeiros devem fundamentar as suas decisões na evidência científica existente, ao mesmo tempo que reconhecem a família como parceiros no cuidar em determinado contexto, e a sua intervenção deve assentar numa prática de cuidados de apoio ao desenvolvimento. Têm ainda um papel predominante na educação e aconselhamento da criança-família, sendo uma das suas competências a avaliação do seu estado de saúde, crescimento e desenvolvimento. A criança é um ser vulnerável pelas suas características próprias, é dever do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria garantir as condições mais favorecedoras ao seu desenvolvimento global, reconhecendo a família como principal promotor desse desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Foi neste percurso de formação teórico e prático que me foi possível partir de uma visão global de enfermagem, ir adquirindo instrumentos, conhecimentos e capacidades fundamentais para o desenvolvimento de um pensar reflexivo e para uma prática baseada na evidência sobre os processos de saúde e doença numa lógica de

enfermagem pediátrica avançada, em todos os contextos onde a criança/jovem e sua família vivem e se desenvolvem.

Foi durante esta etapa do meu desenvolvimento que refleti sobre as áreas que requerem um maior investimento na minha prática profissional, tais como a área da organização dos cuidados de enfermagem e recorrer a um instrumento de registo de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem da criança/jovem, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. Através da pesquisa bibliográfica, acompanhamento de EEESIP, concretização das atividades delineadas e exposição a inúmeras experiências proporcionadas nos diferentes contextos e pela partilha de diversos profissionais, foi possível a aquisição de conhecimentos e competências para o desenvolvimento de processos de cuidados e terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis.

“As crianças de hoje são os adultos de amanhã”. Um estilo de vida saudável na infância vai contribuir para a saúde do adulto. O período neonatal é um dos mais críticos da vida. Devido à imaturidade gástrica e metabólica do lactente o leite materno em exclusivo até aos seis meses e com alimentos complementares até aos dois anos é primordial para a sua saúde. O aleitamento materno fornece uma nutrição adequada, fatores imunológicos e anti-infecciosos, além de uma insubstituível relação mãe-filho promovendo a vinculação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O sucesso do aleitamento materno constitui uma prática com repercussões evidentes na proteção da saúde materno-infantil. Hoje, como sempre, o leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido e lactente, sendo as suas vantagens universalmente reconhecidas. A amamentação é um ato natural e fisiológico. A sua promoção continua a ser uma prioridade para os cuidados de saúde perinatais, através de políticas bem definidas e de execução simples. A decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe, o sucesso do aleitamento materno depende dela, do recém-nascido e da intervenção segura e confiante da equipa de saúde no



acompanhamento e apoio à prática da amamentação (Moleiro, Gomes & Nona, 2004).

Para se evoluir relativamente à alimentação do RNPT, é necessária uma mudança de postura na assistência hospitalar, que considere a humanização e individualidade dos cuidados. Deve ser proporcionada uma assistência individualizada, que permita maior interação dos pais com seu bebê. Os pais do RNPT devem ser vistos como colaboradores no cuidado com a criança e como presenças essenciais para um saudável desenvolvimento psicomotor e facilitação do processo de vinculação.

De forma a se obter êxito na amamentação dos RNPT e se atingirem as metas estabelecidas pela OMS, é impreterível a otimização dos cuidados perinatais com uma avaliação acurada e individualizada da díade, de forma a garantir o apoio necessário para o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno (Nascimento & Issler, 2003). Para viabilizar o trabalho de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo, os profissionais da área da saúde devem estar capacitados e motivados para transmitir à mãe informações consistentes sobre a amamentação.

É consensual que a alimentação oral é um dos maiores desafios do recém-nascido pré-termo, depois de atingir a estabilidade a nível hemodinâmico, fisiológico e digestivo. A intervenção do enfermeiro na introdução da alimentação oral do RNPT torna-se então uma das intervenções mais complexas dos cuidados neonatais. Nesse sentido, é fundamental a capacitação dos enfermeiros na identificação das competências para a alimentação oral dos RNPT de modo a iniciarem terapêuticas eficientes e seguras que permitam iniciar alimentação oral independente e a sua aquisição o mais precocemente possível.

As intervenções na alimentação oral devem estar assentes em protocolos bem definidos, suportados por ferramentas de avaliação estruturadas, que facilitem a avaliação objetiva das competências do RNPT durante todo o processo de alimentação. O sucesso da alimentação oral vai influenciar de forma positiva o desenvolvimento e crescimento da criança e família a curto e a longo prazo. A Escala de

Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Versão Modificada constitui uma ferramenta de avaliação para planificar cuidados e suportes mais individualizados para a aquisição da autonomia alimentar segura no recém-nascido pré-termo e permite uma avaliação sistematizada das competências precoces do RNPT para a alimentação oral, o que facilita a tomada de decisão dos cuidadores (Curado et al., 2017).

Em Portugal os índices de aleitamento materno são insuficientes pelo que se torna fundamental uma maior pró-atividade dos profissionais de saúde para a sua promoção e manutenção.

Chega assim ao fim este percurso. No entanto apenas mais janelas se abriram, mais vontade de conhecimento, de fazer mais e chegar mais longe. Prestar melhores cuidados, na tentativa constante de atingir a excelência. Há ainda um longo caminho a percorrer.

Cuidar é a essência da enfermagem e enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria tenho o dever de contribuir para as mudanças necessárias para a alteração de práticas no meu local de trabalho. Cada vez mais é importante refletir e agir no sentido de contribuir para a saúde do outro na sua individualidade, de forma autêntica e humana.

A minha atividade profissional, há já 9 anos, é desenvolvida numa Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais. A Neonatologia tem tido avanços incríveis nos últimos tempos, alcançando menores índices de mortalidade e morbidade, devido a uma melhor compreensão das particularidades dos recém-nascidos pré-termo. Tem ainda passado por importantes transformações em virtude das inovações tecnológicas e numa perspetiva da inserção da família e humanização dos cuidados, no sentido da promoção da saúde e da qualidade de vida. Prestar cuidados em neonatologia significa para mim, procurar formas efetivas para tornar o cuidado mais humano e ético, centrado no RNPT e sua família, para potenciar ao máximo o seu crescimento e desenvolvimento.

Partindo dos conhecimentos adquiridos no decurso destes meses gostaria de futuramente realizar um estudo de investigação na área da

temática desenvolvida, recorrendo à EFS-VM, estudo este a inscrever na Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O objetivo é a aplicação da escala logo desde o primeiro contacto do RNPT à mama de forma a poder verificar a sua prontidão para a alimentação oral segura e registo da sua evolução mesmo em idades gestacionais inferiores às 32 - 34 semanas como descrito na literatura.

A minha prática profissional tem-me demonstrado que cada RNPT vai desenvolvendo as competências para a alimentação oral no seu ritmo próprio, alguns mesmo antes destas idades. A minha experiência profissional tem ainda demonstrado que mães de RNPT que são adaptados à mama logo desde o nascimento, independentemente da sua idade gestacional, de acordo com a sua estabilidade hemodinâmica (apenas como forma de consolo, e como primeiro contacto oral) desenvolvem estas capacidades mais precocemente, com menor tempo de internamento e têm maioritariamente alta em amamentação exclusiva. É na minha opinião, necessário estudar quais as intervenções que efetivamente são eficazes, com maiores ganhos em saúde para todos.

## Referências bibliográficas

- Aguiar, H., Silva, & A.I. (2011). Aleitamento Materno: A Importância de Intervir. *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 24, 889-896.
- Almeida, H., Venancio, S. I., Sanches, M. T. C., & Onuki, D. (2010). Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *Jornal de Pediatria*. Vol. 86 (3), 250 – 253.
- Als, H., Gilkerson, L., Duffy F. H., et al (2003). A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. *J Dev Behav Pediatr* Vol. 24 (6), 399-408.
- Alves, C. R. L., & Moulin, Z. S. (2008). Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação. Belo Horizonte: Editora Coopmed.
- Alves, E., Magano, R., Amorim, M., Nogueira, C., & Silva, S. (2016). Factors Influencing Parent Reports of Facilitators and Barriers to Human Milk Supply in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Human Lactation*, 32, 695-703.
- American Academy of Pediatrics - Committee on Fetus and Newborn (2008). Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics*. Vol. 122, 1119-1126.
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). WONG, Enfermagem da criança e do adolescente. (9ª ed.) (Vol. 2, pp.1029-1032). Loures: Lusociência.
- Assad, L.G., & Viana, L.O. (2005). Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 58 (5), 586-91.
- Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro (2018). O que é um bebê prematuro? Acedida a: 28/03/18; Disponível em: <http://www.xxs-prematuros.com/>
- Barlow, S. M. (2009). Oral and respiratory control for preterm feeding. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. Vol. 17 (3), 179-186.

- Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2007). *Dor em cuidados intensivos neonatais*. Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria. Porto.
- Benner, Patricia (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.
- Bingham, P. M., Ashikaga, T., & Abbasi, S. (2012). Relationship of Neonatal Oral Motor Assessment Scale to Feeding Performance of Premature Infants. *Journal of Neonatal Nursing*. Vol.18 (1), 30–36.
- Bomfim, D. A. S., & Nascimento, M. J. P. (2007). Cuidados de enfermagem, amamentação e prematuridade. *Revista Enfermagem UNISA*, Vol 8, 17-22.
- Borges, E. (2006). *O Sofrimento dos Enfermeiros em Pediatria*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de São João. Porto
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A Relação mais Precoce*. Lisboa: Terramar.
- Byers, J. F., Lowman, L. B., Francis, J., Kaigle, L., Lutaz, N. H., Waddell, T., & Diaz, A. L. (2006) A quase-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. Vol. 35(1), 105-115.
- Carrondo, E.M. (2006). Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico. (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança, Braga.
- Castro, A.G., Lima, M.C., Aquino, R.R., & Eickmann, S.H. (2007). Desenvolvimento do sensório motor oral global em lactentes pré-termo. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, Vol.19 (1), 29-38.
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. Hospital São Francisco Xavier. Acedido a 17/07/2016. Disponível em: <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/servicos-clinicos/40-mulher-e-crianca/70-pediatria-hsfx>
- Charpak, N., Ruiz-Peláez, J.G., Figueroa, Z., & Charpak, Y. (2001). A Randomized, Controlled Trial of Kangaroo Mother Care: Results of Follow-Up at 1 Year of Corrected Age. *Pediatrics*. Vol. 108 (5), 1072-1079.

- Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnäs–Moberg, K., & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatrica*. Vol. 84 (5), 468-473.
- Cintra, S.M.P., & Silva, C.V. (2006). O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 59 (4), 497-501.
- Cordeiro, M. (2006). *O grande livro do bebê*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Cruz, A.R.M., Oliveira, M.M.C., Cardoso, M.V.L.M.L., & Lúcio, I.M.L. (2010). Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Vol.12 (1), 133-139.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Curado, M. A. S. (2016). A medida e as escalas de avaliação da saúde das populações neonatais e pediátricas: Estudo de Simulação de Monte Carlo com Variáveis Ordinais. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Curado, M.A.S, Maroco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L.M., & Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. 12, 131-142.
- Curado, M.A.S., Mâroco, J., Vasconcellos, T., Marques, L.C., Oliveira, S.R., & Nicolau, C.S. (2013). Versão Reduzida da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. Um estudo de validação estatística com crianças prematuras Portuguesas. In *Actas do 1º Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: "Cuidar para o Desenvolvimento"*
- Dawson, S. (2003). Princípios da Preparação Pré-operatória. In K. Manley & L. Bellman. *Enfermagem Cirúrgica. Prática Avançada*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro

- Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*. Vol. 20, (2), 26-47.
- Direção Geral da Saúde (2013) - Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (2013). *Norma Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (nº010/2013)*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2017). Principais Indicadores da Saúde para Portugal. Acedido a 15/02/2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Leonor/Downloads/i023599%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Leonor/Downloads/i023599%20(2).pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (2010). Decreto Regulamentar n.º 66/2007, alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º, de 29 de Maio (2010), na redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de Dezembro, Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Direcção-Geral da Saúde
- Duarte, E.D., Sena, R.R., Dittz, E.S., Tavares, T.S., Lopes, A.F.C., & Silva, P.M. (2012). A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 21, (4), 870-878.
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 12/12/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>
- Francischinelli, A.G.B., Almeida, F.A.A., & Fernandes, D.M.S.O. (2012). Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. Vol. 25, (1), 18-23.
- Fucile, S., Gisel, E. G., Mcfarland, D. H., & Lau, C. (2011). Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding

- performance in preterm infants. *Development Medicine et Child Neurology*. Vol.53 (9), 829–835.
- Fucile, S., Gisel, E.G., & Lau, C. (2005). Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47 (3), 158-162.
- Fucile, S., McFarland, D.H., Gisel, E.G., & Lau, C. (2012). Oral and non-oral sensorimotor interventions facilitate suck-swallow-respiration functions and their coordination in preterm infants. *Early Human Development*. Vol. 88 (6), 345–350.
- Fujinaga, C.I., Moraes, S.A., Zamberlan-Amorim, N.E., Castral, T.C., Silva, A.A., & Scochi, C.G.S. (2013). Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol. 21, 140-145.
- Gaiva, M.A.M. (2006). O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. *Cogitare Enfermagem*. Vol. 11 (1), 61-66.
- Galvão, D.M.P.G., Pedroso, R.M.C.J., & Ramalho, S.I.H.S.M.A. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. INFAD. *Revista de Psicologia*. Vol.1 (1), 89-97.
- Gasparido, C.M., Linhares, M.B.M., & Martinez, F.E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*. Vol. 81 (6), 435-442.
- Gibbs, D.P. (2015). Supporting the Parent-Infant Relationship: Using the Neonatal Behavioral Observation in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of the Association of Pediatric Chartered Physiotherapists*. Vol. 6 (1), 26-34.
- Gorgulho, F. R., & Pacheco, S. T. A. (2008). Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Vol. 12, 19-24.
- Hallström, I., Runesson, I., & Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol. 17 (2), 140-148.



- Henning, M., Gomes, M., & Morsch, D. (2010). Atenção humanizada ao recém nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. Vol. 20 (3), 835–852.
- Hesbeen, W. (1993). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). Wong's – Enfermagem da Criança e do Adolescente (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. & Winkelstein, M. L. (2006). *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). Elsevier Editora: Rio de Janeiro (Tradução do original do inglês Wong's essentials of pediatric nursing, 7<sup>th</sup> ed).
- Hospital Beatriz Ângelo. Acedido a 25/10/2017. Disponível em: <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/servicos-clinicos/internamento/unidade-de-neonatologia/>
- Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida. Acedido a 17/07/2016. Disponível em: <http://www.hospitaldecascais.pt/pt/Cuidamos/Departamentos/Paginas/MulherCrianca.aspx>
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. Acedido a 17/07/2016. Disponível em: [http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/o-hospital\\_2](http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/o-hospital_2)
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas demográficas 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Jacobs, S. E., Sokol, J., & Ohlsson, A. (2002). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program is not supported by meta-analyses of the data. *The Journal of Pediatrics*. Vol 140 (6), 699-706.
- Jerónimo, R.P.C., Freitas, C.C.F, Nunes, C.O.F., & Rodrigues, M.D. (2015). AMAMENTAÇÃO: TÉCNICA NÃO FARMACOLÓGICA EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS EM RN E LACTENTES. *INFAD Revista de Psicologia*, Vol. 1 (1), 41-52.

- Kair, L., & Colaizy, T. (2016). Breastfeeding Continuation Among Late Preterm Infants: Barriers, Facilitators, and Any Association With NICU Admission? *HOSPITAL PEDIATRICS*. Vol. 6, 261-268.
- Kenner, C. & McGrath J.M. (2004). *Developmental Care of Newborns & Infants: A Guide for Health Professionals*. USA: St Louis, Elsevier.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Leite, A.M., Castral, T.C., & Scochi, C.G.S. (2006). Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 59,4, 538-542.
- Levi, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lucas, R., & Smit, R. (2015). When Is It Safe to Initiate Breastfeeding for Preterm Infants? *Advances in Neonatal Care*. Vol. 00, 1-8.
- Marques, G., Pinho, L., Rodrigues, L., Martins, C., & Matão, M. (2013). Breastfeeding: mothers' experiences who had hospitalized babies in neonatal intensive care unit. *Journal of Nursing*. Vol. 10, 495-500.
- Martinez, F., & Camelo, J. (2001). Alimentação do recém-nascido pré-termo. *Jornal de Pediatria*. Vol. 77, 32-40.
- Mathur, N.B., & Dhingra, D. (2009). Perceived Breast Milk Insufficiency in Mothers of Neonates Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit. *The Indian Journal of Pediatrics*. Vol.76 (10), 1003-1006.
- McGrath, J. M. (2014). What Are Best Practices for Beginning Oral Feedings for High-Risk Infants? *Expert Opinion Neonatal. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. Vol. 28 (1), 6-8.
- Meleis AI, & Sawyer LM, Im EO, et al. Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. (2012) – *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol.3, 113-121.
- Mendonça, L.B.A, Menezes, M.M., Rolim, K.M.C., & Lima, F.E.T. (2010). Cuidados ao recém-nascido prematuro em uso de sonda orogástrica: conhecimento da equipe de enfermagem. *Revista Rene*, Vol. 11, 178-185.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*.
- Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2012). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33) Brasília: Ministério da Saúde
- Moreno, A. S. M. S., (2012). *O controlo da dor em neonatologia: intervenções não farmacológicas dissertação*. Escola Superior De Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado, Porto.
- Nascimento, M.B.R., & Issler, H. (2003). Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*. Vol. 58 (1),49-60.
- Nicolau, C., Marques, L., Oliveira, S., & Vasconcellos, T. (2014). *Manual de Aplicação da Escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Versão Modificada (EFS-VM)*.
- Nunes, L.M. (2015). Importância do aleitamento materno na atualidade. *Boletim Científico de Pediatria*. Vol. 4 (3), 55-58.
- Nyqvist, K. H. (2008). Early attainment of breast-feeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr*. Vol.97 (6), 776-781.
- Oliveira, C.W.L., Silva, J.V.F., Rodrigues, A.P.R.A., Júnior, A.F.S.X., & Tenório, G.M. (2016). Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciências Biológicas e da Saúde*. Vol. 3 (2), 123-134.

- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010) – *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Vol. 1.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). Born too soon: The Global Action Report on Preterm. Geneva: WHO. Acedido a: 28/01/17  
Disponível em:  
[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoonreport.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoonreport.pdf).
- Papalia, D. E.; Olds, S. W. (1981). *O mundo da criança: da infância à adolescência*. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. Vol. 14 (1), 24-38.
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, P. (2009). *Frutos do Amor: quando dois passam a três*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Pineda, R. (2011). Direct breast-feeding in the neonatal intensive care unit: is it important? *Journal of Perinatology*. Vol. 31, 540–545.
- Pinto, J.P., Ribeiro, A. C., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F.G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 63, n1, 132-135.
- PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde (2009) - *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*, Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Acedido a 30/11/2017. Disponível em: [http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/06/cnsca\\_2004-2008.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/06/cnsca_2004-2008.pdf).

- Rodrigues, A. P., Martins, E. L., Trojahn, T. C., Padoin, S. M. M., Paula, C. C., & Tronco, C. S. (2013). Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 15 (1), 253-264.
- Roteta, A., & Torre, M., (2013). Experiencias de Los Padres de grandes Prematuros en la Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal: revision sistemática de la evidência cualitativa. *Metas Enfermagem*. Vol. 16, 20-25.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. 2, pp.1029-1032). Loures: Lusociência.
- Scochi, C., Gauy, J., Fujinaga, C., Fonseca, L., & Zamberlan, N. (2010). Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 23, 540-545.
- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2004). *Consensos Nacionais em Neonatologia. Aleitamento Materno*. Moleiro, A., Gomes, A., Nona, M. 113-116
- Seki, T. N., & Balieiro, M. M. F. G. (2009). Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: pesquisa bibliográfica. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. Vol. 9 (2), 67-75.
- Serviço Nacional de Saúde (n.d.) Portugal entre os cinco melhores <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/03/19/portugal-entre-os-cinco-melhores-na-saude/> (Acedido a 15/02/2018)
- Silva, R.Q., & Gubert, M.G. (2010). Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em sites brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Vol. 10 (3), 331-340.
- Silveira, A. O., & Angelo, M. (2006). A experiência de interacção da família que vivencia a doença e hospitalização da criança. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol.14 (6).

- Silveira, A. O., Angelo, M., & Martins, S.R. (2008). Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. *Revista Enfermagem UERJ*. Vol.16 (2), 212-217.
- Tansky, C., & Lindberg, C. (2010). Breastfeeding as a Pain Intervention When Immunizing Infants. *Journal for Nurse Practitioners*. Vol.6 (4), 287-295.
- Thoyre, S. M., Shaker, C.S., & Pridham, K. F. (2005). The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants. *Neonatal Network National Institute of Health*. Vol.24 (3), 7-16.
- Toma, T. S., & Rea, M. F. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*. Vol 24, 235-246.
- USF Marginal. Acedido a 17/07/2016. Disponível em: <http://usfmarginal.com/>
- Vannuchia, M. T. O., Monteiro, C. A., Réa, M. F., Andrade, S. M., & Matsuo, T. (2004). Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista Saúde Pública*. Vol. 38, 422-428.
- Wheeler, B.J. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M.J. Hockenberry & D. Wilson. Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª Ed. Vol. I (Cap. 1-25). Loures. Lusociência, 240-287.
- World Health Organization (2014). *Every newborn - An Action Plan To End Preventable Deaths*.
- World Health Organization (2015). Preterm birth. Fact sheet N°363. Acedido a 27/06/2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Zomignani, A., Zambelli, H., & Antonio, M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*. Vol. 27 (2) 198-203

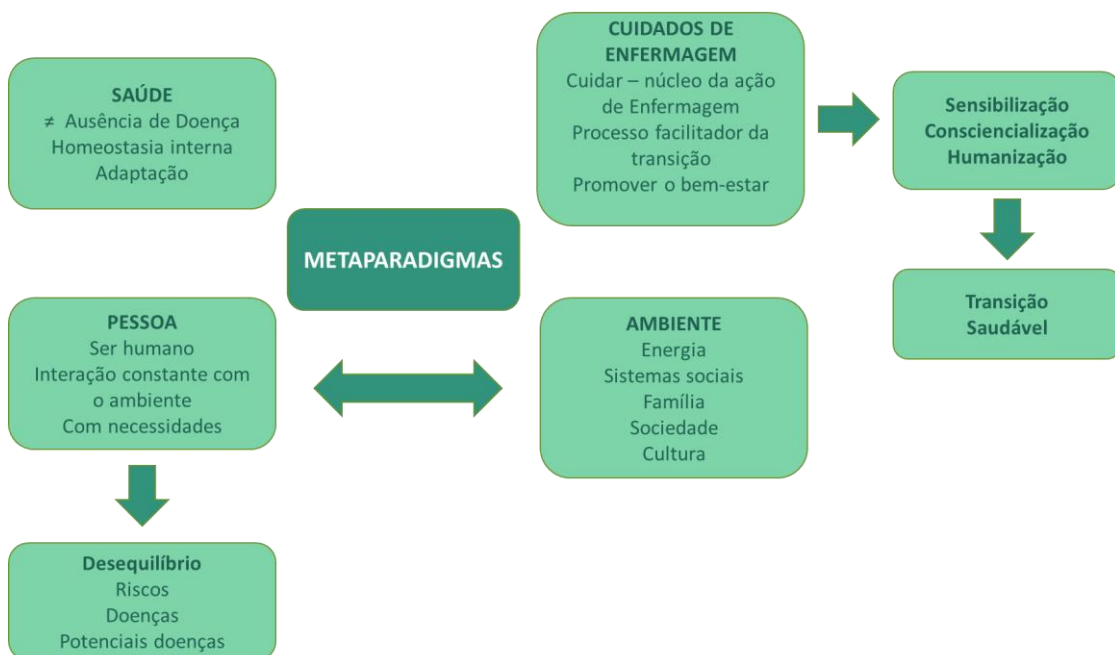
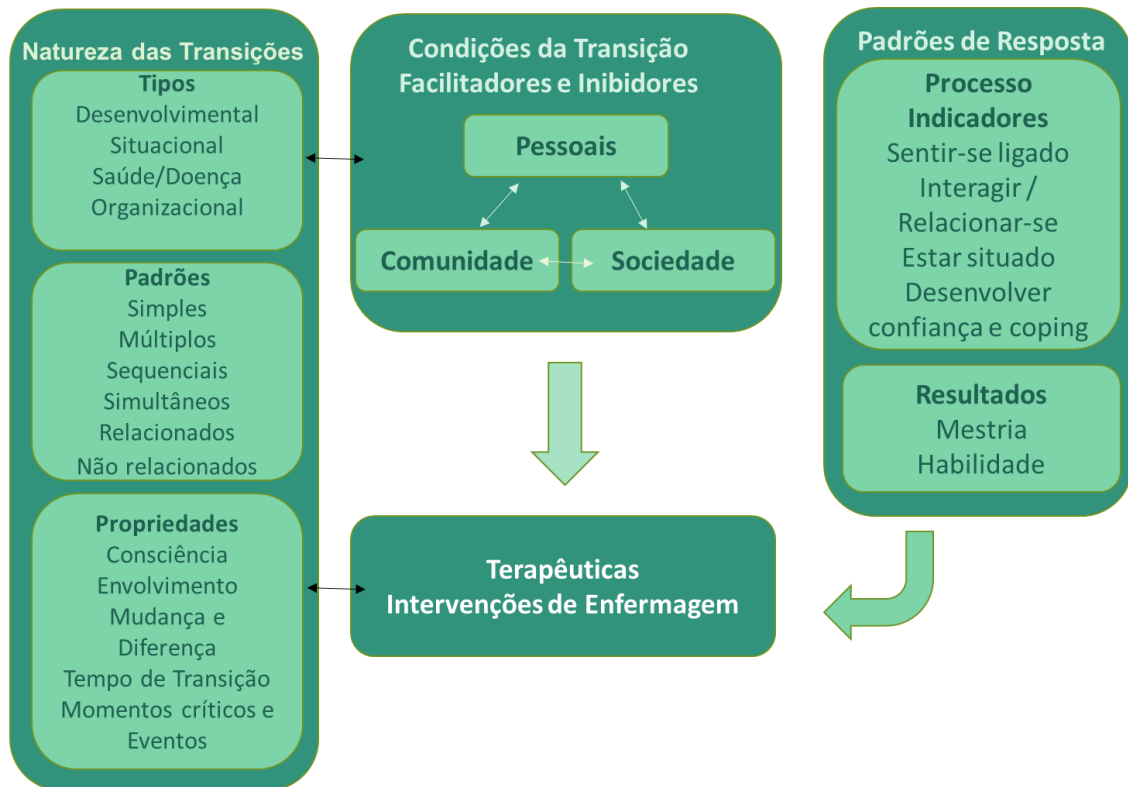
# Anexos

# **Anexo 1**

Modelo teórico de Afaf Meleis



## Modelo teórico de Afaf Meleis



Adaptado de: Al, Sawyer LM, Im E, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing Transitions: Na Emerging Middle – Range Theory. *Advanced Nurse Science*. 2000, 23, 12-28.

# **Anexo 2**

## **Benefícios do Método Canguru**

## Benefícios do Método Canguru

Apelidado de método canguru porque as mães canguru carregam os seus filhos em contacto pele a pele enquanto estes se desenvolvem. Este método consiste na colocação do recém-nascido, em contacto pele a pele, no peito da mãe/pai resultando em inúmeros benefícios para o Recém-Nascido Pré-Termo e seus pais.

Resumidamente, os benefícios deste contacto mais referenciados e suportados na evidência empírica são:

- ✓ O controlo da temperatura corporal do Recém-Nascido Pré-Termo;
- ✓ Maior estabilidade hemodinâmica devido à diminuição do número de bradipneias e melhor oxigenação durante o procedimento;
- ✓ Ciclos regulares de sono profundo;
- ✓ Diminuição de períodos de choro e agitação;
- ✓ Redução dos sinais de dor;
- ✓ Melhores respostas sensoriomotoras;
- ✓ Aumento ponderal mais rápido;
- ✓ Proteção contra infeções;
- ✓ Diminuição da mortalidade e morbidade;
- ✓ Diminuição do tempo de internamento hospitalar;
- ✓ Melhor estabelecimento do aleitamento materno;
- ✓ Fortalecimento do vínculo Recém Nascido-pais;
- ✓ Diminuição da ansiedade dos pais;
- ✓ Maior confiança e competência dos pais no cuidado ao filho;
- ✓ Humanização dos cuidados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;
- ✓ Diminuição dos custos relacionada com o tempo de internamento e ganho na qualidade dos cuidados prestados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.



Adaptado de: Barbosa, A.I.B. (2013). *Método canguru: conhecimentos, crenças e práticas dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto

## **Anexo 3**

Observação das Competências Precoces na  
Alimentação Oral – EFS – Versão Modificada

Criança \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Observador \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PRECOSES NA ALIMENTAÇÃO ORAL

### EFS - Versão modificada

PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (Imediatamente antes de iniciar a alimentação)	
Consegue manter o corpo numa postura flectida c/ mãos/braços à linha média.	Sim Não
Estádio de alerta.	Sim Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura flectida durante a observação.	Sim Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a tetina ou abre a boca prontamente.	Sim Não
Linha basal de saturação de O <sub>2</sub> > 93%	Sim Não

Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor			
1. Abre a boca prontamente quando a tetina toca os lábios no início da mamada	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a tetina do biberão no início da alimentação	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de uma sucção – pausa; Na sucção desorganizada a criança trínca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	Algumas vezes a sucção está organizada	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer longos surtos de sucção (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorespiratória adversa ou negativa. (sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da tetina, etc.)	Faz sempre surtos longos de sucção sem sinais de stress	Alguns surtos longos de sucção sem sinais de stress	Sem surtos longos de sucção ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a tetina – não desliza da tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de um clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique
Capacidade em Coordenar a Deglutição			
8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Freqüentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Freqüentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o “bólus” da sucção – múltiplas deglutições não são necessárias para esvaziar os fluidos para a garganta.	Deglutições únicas para o mesmo bólus	Algumas múltiplas deglutições para o mesmo bólus	Freqüentes múltiplas deglutições para o mesmo bólus
12. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados
Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica			
13. Cerca de 30s depois de iniciar a mamada a saturação de O <sub>2</sub> estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: Interrompe na maioria das vezes	Não interrompe por si para respirar
15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar

16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádicos	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	Sem adejo nasal	Adejo nasal esporádico	Adejo nasal frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (elevação do queixo, cabeça para trás, retracção e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequente
21. Alteração da cor durante a alimentação (palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O <sub>2</sub> abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente

Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tónus predominante durante a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a alimentação)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

#### Descritores da Mamada:

% de O<sub>2</sub> antes da refeição \_\_\_\_\_ durante a refeição \_\_\_\_\_

Habilidade alimentar:  mantida ao longo da refeição  melhorou durante a refeição  piorou durante a alimentação

Alimentado com SOG/SNG: Sim/Não Tipo de tetina usada \_\_\_\_\_ Duração da refeição (minutos) \_\_\_\_\_ Volume administrado \_\_\_\_\_ ml

Posição: Deitado  Decúbito lateral  Semi-levantado, frente

Ações de suporte utilizadas	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo	Ações passivas que não são de apoio ao desenvolvimento
<input type="checkbox"/> Reposicionamento	<input type="checkbox"/> Apoiou o maxilar	Mobilizou o maxilar para cima e para baixo
<input type="checkbox"/> Deixou repousar a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou a base da língua	Rodou a tetina para incentivar a mamada
<input type="checkbox"/> Re-acordou a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou as bochechas	Apertou as bochechas de forma rítmica
<input type="checkbox"/> Usou tetina de baixo fluxo		Apertou a tetina para encorajar a criança a mamar
<input type="checkbox"/> Regulou o fluxo		Introduziu e retirou a tetina para o encorajar a mamar
<input type="checkbox"/> Colocar a eructar várias vezes		

Preocupações iniciais na alimentação e recomendações para a próxima mamada:

---



---



---

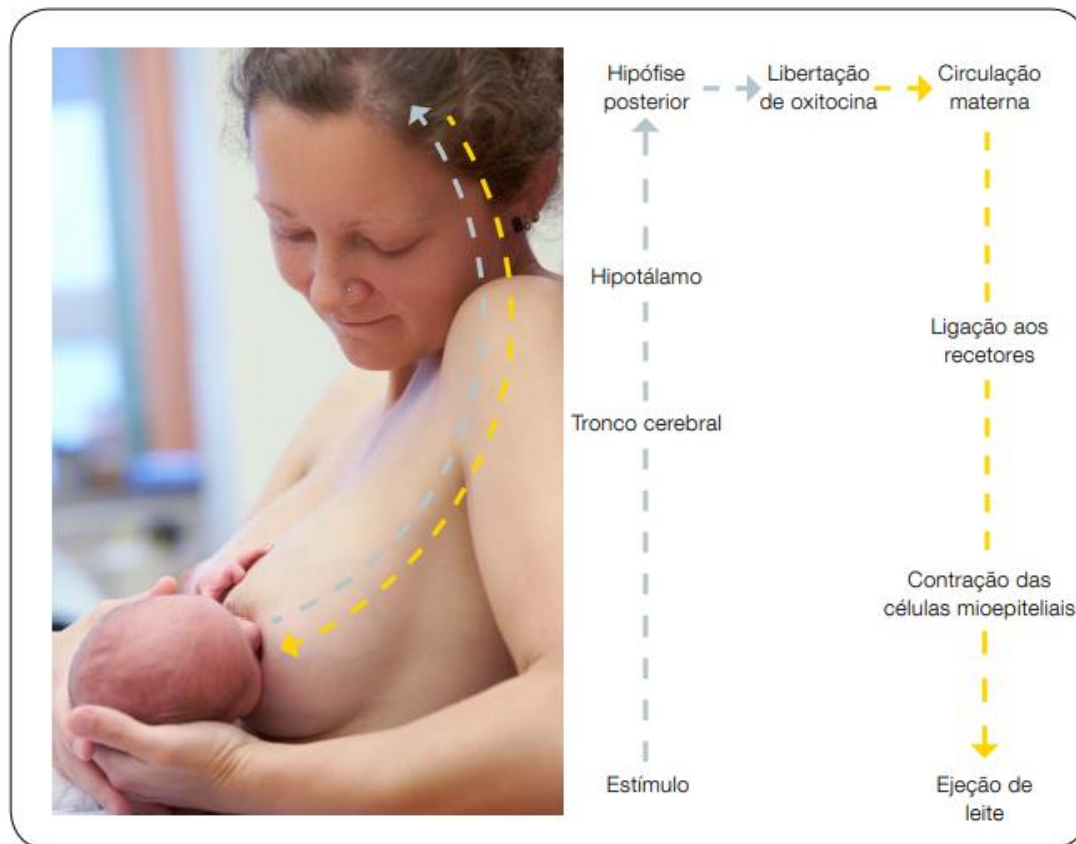
©2002 revised 9/29/14. Prepared by S.Thoyre (UNC @ Chapel Hill, NC), C.Shaker (St. Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI), & K.Pridham, (UW-Madison, WI).

Tradução: Claudia Nicolau; Ligia Marques; Silvia Oliveira; Thereza Vasconcellos Revisão Técnica: João Maroco; Manuel Cunha; Maria Alice Curado, (2009)  
Revisão Final após Validação Estatística: Maria Alice Curado; Thereza Vasconcellos; Ligia Marques, (2013).

# **Anexo 4**

Reflexo de ejeção do leite materno

## Reflexo de ejeção do leite materno



Nota: Em resposta ao estímulo, a oxitocina é libertada pela hipófise posterior, entrando no sistema circulatório materno. A oxitocina liga-se aos recetores nas células mioepiteliais que envolvem os alvéolos. Estas células contraem-se e expõem o leite dos alvéolos para os ductos, em direção ao mamilo.

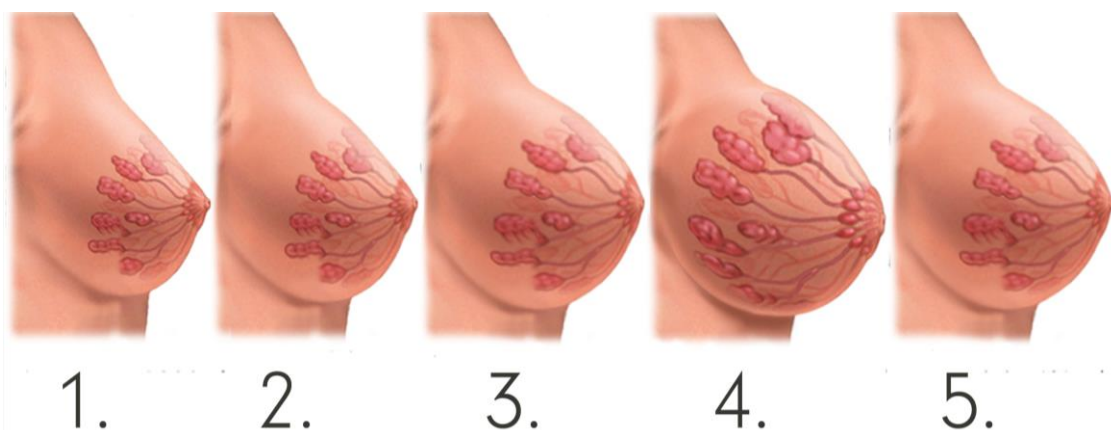
Fonte: <http://www.medela.pt/amamentacao-para-profissionais-saude/uci-neonatal/alimentacao> (Consultado a: 25/02/2018).



# **Anexo 5**

Alterações na mama durante a gravidez &  
Diferenças na composição do leite materno de  
mães de recém-nascidos de termo e pré-termo

## Alterações na mama durante a gravidez

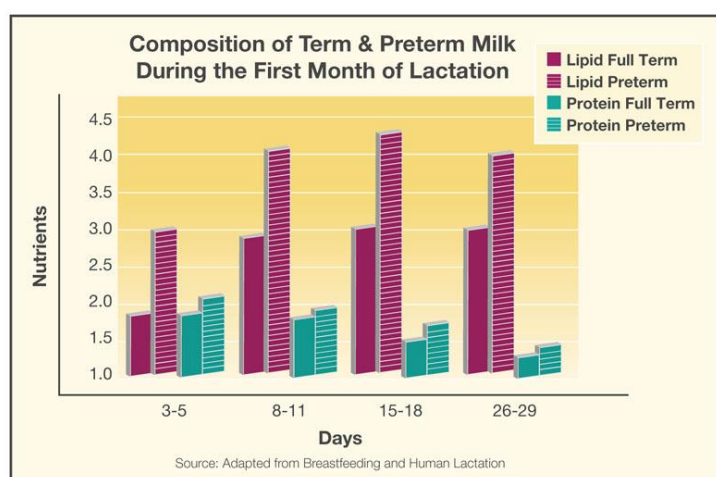


Legenda:

1. 1 – 3 meses
2. 3 – 7 meses
3. 8 – 9 meses
4. 0 – 4 semanas pós-natal
5. + 4 semanas pós-natal

Fonte: <https://www.mingleweave.com/5-changes-in-breast-during-pregnancy/2/>

## Diferenças na composição do leite materno de mães de recém-nascidos de termo e pré-termo

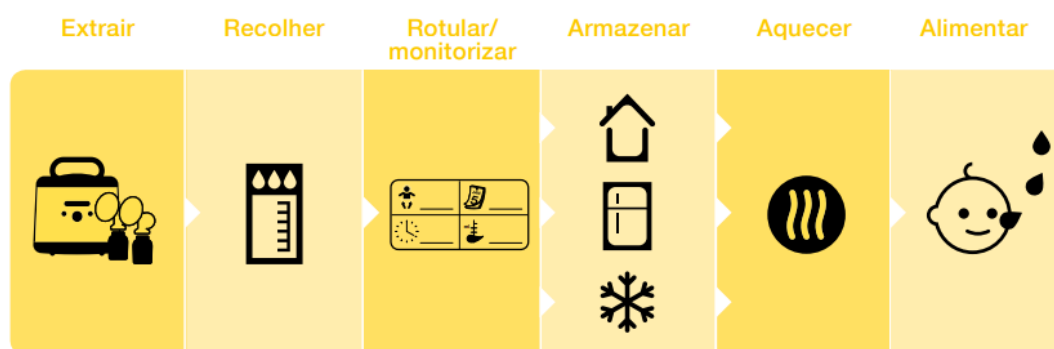


Fonte: <http://blog.neonatalperspectives.com/2015/06/30/how-human-milk-improves-outcomes/>

# **Anexo 6**

A extração de Leite Materno na Neonatologia

## A extração de Leite Materno na Neonatologia



### Extrair

- Ensinar as mães a utilizarem as mãos para massajar a mama
- Iniciar a extração de leite o mais cedo possível – a extração na primeira hora, quando comparada com 6 horas após o parto, ajuda a extrair mais leite e aumenta a produção de leite nas semanas seguintes
- Extrair leite com frequência – mães que extraem leite mais de 6 vezes por dia têm uma produção de leite maior do que as mães que extraem com menos frequência
- A extração dupla aumenta a produção de leite
- A extração junto ao bebê ou mesmo durante o contacto de pele com pele aumenta o volume de leite.

### Recolher

As instalações devem normalizar os procedimentos de manuseamento do leite com o objetivo de minimizar:

- As perdas de leite devidas à transferência desnecessária entre recipientes.
- A perda de qualidade ou integridade dos componentes do leite
- A contaminação do leite
- O risco de misturas entre pacientes.
- Os kits de extração e os frascos de recolha podem ser reutilizáveis em hospitais que utilizam processos de esterilização/desinfecção

- Os consumíveis descartáveis proporcionam uma solução higiénica, eliminando a necessidade de processos de desinfeção ou esterilização no hospital.  
→ Prevenção de infeções
- Assegurar que a mãe tem o funil do tamanho correto de forma a evitar desconforto, fricção e até limitar o fluxo de leite.

### **Rotular/monitorizar**

- Estabelecer protocolos específicos para minimizar os erros de alimentação com leite extraído e as misturas de leite
- Monitorizar a produção da mãe e do leite extraído é crucial para assegurar que cada bebé dispõe de um volume suficiente e recebe o leite correto de acordo com a hora da extração e o conteúdo nutricional em cada alimentação.
- Manter um registo com os seguintes dados:
  - Nome do bebé e da mãe
  - Data da extração
  - Hora da extração
  - Quantidade de leite extraído

### **Manter a cadeia de frio**

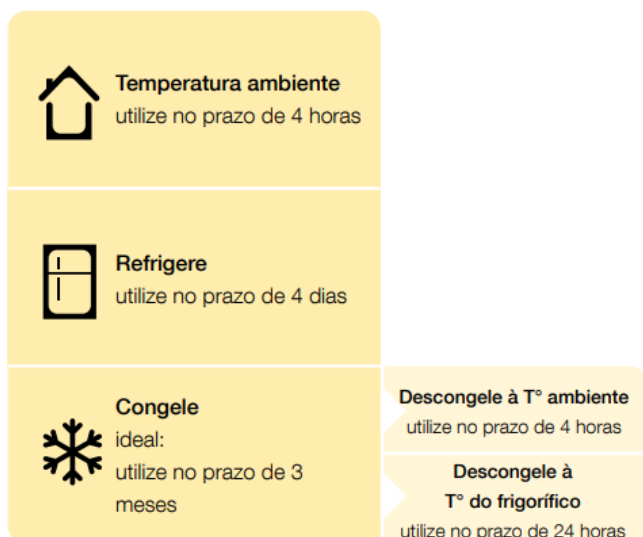
Para as mães que extraem leite em casa:

- O leite deve ser arrefecido imediatamente após a extração – a necessidade de congelar o leite ou de apenas arrefecê-lo baseia-se em critérios como a distância de casa até ao hospital, a quantidade de leite que a mãe já tem armazenado no hospital e as políticas hospitalares.
- Os frascos de leite devem ser transportados de uma forma segura que mantenha a temperatura, como um saco térmico, com um elemento de arrefecimento pré-congelado de forma a manter o leite frio ou congelado.

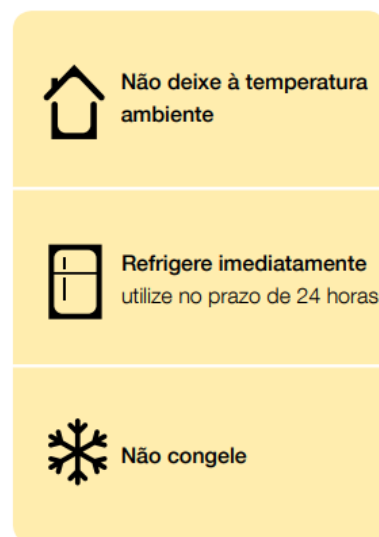
## Armazenar

- Estabelecer orientações de refrigeração e congelamento que assegurem a perda mínima de nutrientes, fatores de crescimento e outros componentes protetores do leite

### Leite acabado de extrair



### Leite reforçado ou leite pasteurizado descongelado



- O prazo de armazenamento deve ser o mais curto possível
- O leite deve ser agitado cuidadosamente para redistribuir os componentes antes de cada passo de manuseamento
- Para preservar a quantidade e a qualidade, a transferência de leite entre recipientes deve ser minimizada.
- Em geral, a ordem do leite dado ao bebê é:
  1. Colostro o mais cedo possível após o nascimento
  2. Leite fresco com prioridade sobre o leite congelado
  3. Leite congelado extraído nas primeiras semanas primeiro do que o leite congelado de uma fase posterior do aleitamento

→ O leite fresco limita o risco de contaminação e proporciona um funcionamento ótimo dos componentes bioativos e das células vivas do leite humano que podem ser afetados pelos processos de manuseamento e armazenamento.

## **Aquecer**

A temperatura tem um efeito significativo não só nos componentes delicados do leite humano – o aquecimento suave é fundamental para manter os componentes importantes, vivos, bioativos e essenciais do leite humano armazenado intactos para que este permaneça o mais semelhante possível ao leite humano fresco.

## **Alimentar**

Quando os bebés não são amamentados, o objetivo principal é que possam receber os benefícios do leite humano com o mínimo de condicionantes, ao mesmo tempo que desenvolvem capacidades naturais de alimentação oral para facilitar a amamentação exclusiva após a alta.

## **Educação**

- É importante que todos os profissionais recebam informações consistentes e exatas para:
  - Conseguir uma dedicação total de todo o pessoal e dos pais no apoio à utilização de leite humano e à amamentação.
  - Apoiar a tomada de decisões baseada em evidências.
  - Desenvolver boas práticas eficientes e eficazes para o manuseamento e a alimentação com leite humano.

Fonte: Adaptado de: <http://www.medela.pt/amamentacao-para-profissionais-saude/uci-neonatal/logistica>

# **Anexo 7**

Programa das XLV Jornadas Nacionais de  
Neonatologia





**XLV Jornadas Nacionais de Neonatologia**  
17 e 18 novembro 2016



**XLV Jornadas Nacionais de Neonatologia**  
17 e 18 novembro 2016

**XLV Jornadas Nacionais de Neonatologia**

Hotel Tivoli Oriente, Lisboa

17 e 18 de novembro de 2016

## Poster ou comunicação oral

Juri para a seleção e classificação dos trabalhos - Comissão para a Investigação da SPN. Data limite para envio dos resumos: 15-10-2016

## Formatação dos trabalhos enviados

Todos os trabalhos devem ser enviados para [seccao.neonatalogia@gmail.com](mailto:seccao.neonatalogia@gmail.com)

Formatação:

Resumos - Máximo 250 palavras (excluindo título, autores e filiações).  
Formato DOC, letra Times New Roman, tamanho 11, a um espaço, justificado em ambas as margens.

Estrutura:

- Título (negrito): Elucidativo, sem abreviaturas, não excedendo 25 palavras.
- Autores: Nome do apresentador sublinhado
- Filiações: Unidade / Serviço / Departamento, nome da instituição e cidade, seguido pelo e-mail do autor correspondente
- Texto organizado por rubricas
- Estudos originais: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões
- Casos clínicos: Introdução, descrição do caso e discussão/conclusão.

Palavras-chave - máximo 5, por ordem alfabética

O autor será informado da aceitação ou não do trabalho e em que qualidade (apresentação oral ou poster). O apresentador tem que estar inscrito nas Jornadas.

Poster: 7090 cm. Apresentação: 2 min, discussão: 2 min

Apresentação oral: 7 min, discussão: 2 min.



Foto Beatriz Barroso

**Programa provisório**

Organização:



Sociedade Portuguesa de Neonatologia



Sociedade Portuguesa de Neonatologia



**XLV Jornadas Nacionais de Neonatologia**  
17 e 18 novembro 2016



**XLV Jornadas Nacionais de Neonatologia**  
17 e 18 novembro 2016

## FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_

Email - \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_

Inscrição: 150€

Internos - 80€

Sócios com quotas atualizadas - 100€

(inclui almoço de trabalho, jantar das Jornadas, café e apoio bibliográfico)

Pagamento:

Cheque ou Transferência Bancária para conta nº 0033 0000 00480289656 80

**ENVIAR FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O SECRETARIADO**

Teresa Ribeira

Mail: [seccao.neonatalogia@gmail.com](mailto:seccao.neonatalogia@gmail.com)

Pode fazer a inscrição online, em: [www.lusoneonatalogia.com](http://www.lusoneonatalogia.com)

Comissão Científica:

Rosalina Barroso

Jose Luis Nunes

Carmen Carvalho

Cristina Matos

### 17 de novembro

08.30 - Abertura do secretariado.

== Abertura da Assembleia de voto ==

Moderadores: Joana Saldanha, Luis Pereira da Silva

09.00 - Parto prematuro - Diogo Ayres de Campos

09.30 - Viabilidade e qualidade de vida - Teresa Tomé

10.00 - Nutrição prematuro - Jean Charles Picaud

10.30 - Discussão

11.00 - Intervalo

11.30 - Sessão de Abertura

12.15 - Conferência: Perspetivas atuais na saúde materno-infantil

(palestrante a designar)

Presidente - Cristina Matos

13.00 - Almoço

14.00 - Comunicações orais

Moderadores: José Luis Nunes, Eurico Gaspar, Gabriela Mimoso, Rosalina Barroso, Joana Saldanha, Hélder Ornelas

Moderador: Hélder Ornelas

15.00 - Cuidados Centrados na Família - Matthias Keller

15.30 - Questões éticas - Lincoln da Silva

16.00 - O país e a prematuridade - Paula Guerra

16.30 - Discussão

17.00 - Intervalo

== Encerramento da Assembleia de voto ==

17.30 - Conferência: Impacto económico e social da prematuridade

Maria do Céu Machado

Presidente - Almerinda Pereira

18.15 - Assembleia Geral

### 18 de novembro

08.00 - Comunicações orais e posters

Moderadores: Alexandra Almeida, Cristina Matos, Almerinda Pereira, Simão Frutuoso, Cristina Resende, Carmen Carvalho

Moderadores: Carmen Carvalho, Eurico Gaspar

09.00 - Registo MBP - O passado e o presente - Gabriela Mimoso

09.30 - Registo MBP - O futuro - Alexandra Almeida

10.00 - A SPN na era digital - Simão Frutuoso

10.30 - Discussão

11.00 - Intervalo

Moderadores: Cristina Resende, (mais, a designar)

11.30 - Displasia broncopulmonar, atualidades - Gustavo Rocha

12.00 - NEC, atualidades - Paolo Casella

12.30 - Discussão

13.00 - Almoço

14.00 - Posters

Moderadores: Teresa Neto, (mais, a designar)

14.30 - Infecções respiratórias virais - a designar

15.00 - Controle automático de oxigénio em RN ventilados - a designar

15.30 - Uso de corticoides em neonatologia - Sanchez Luna

16.00 - Discussão

16.30 - Intervalo

17.00 - O que há de novo na neonatologia

Hécilia Guimarães

Presidente - Rosalina Barroso

18.00 - Encerramento

# **Anexo 8**

Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

## Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

Em 1992 a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância lançaram um programa a nível mundial de promoção do Aleitamento Materno denominado “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés”, internacionalmente conhecido como Baby Friendly Hospital Initiative.

A designação “Hospital Amigo dos Bebés” implica o reconhecimento internacional e a atribuição de Certificação de conformidade com os padrões da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Os seus objetivos são a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços de obstetrícia e pediatria/neonatologia dos hospitais e maternidades, mediante a implementação de dez medidas para o sucesso do aleitamento materno e de sete medidas para ser considerada uma unidade de saúde amiga dos bebés (DGS, 2016).



*Panfleto "Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés"*

As dez medidas são:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.

6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebê o queira.
9. Não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a amamentação.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

A avaliação para que um hospital/maternidade possa vir a ser considerado Hospital Amigo dos Bebês é realizada por uma equipa externa nomeada pela UNICEF, e a Certificação é conferida por um período de três anos, ficando o hospital/maternidade sujeito a nova reavaliação.

Adaptado de: UNICEF, OMS, 2012 - Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebês

# Apêndices

# **Apêndice 1**

## **Cronograma de Estágio**



# **Apêndice 2**

Plano de Atividades a Desenvolver



## Plano de Atividades a Desenvolver

**Objetivo Geral:** Desenvolver processos de cuidados potenciadores da alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo, na promoção da amamentação exclusiva.

**Objetivo Específico:** Adquirir conhecimentos sobre a importância da alimentação no desenvolvimento e crescimento da criança e jovem, em situação de saúde e doença;

Atividades	Instituição	Duração	Descrição	Recursos	Resultados Esperados
Realização de pesquisa bibliográfica sobre a importância da alimentação no desenvolvimento e crescimento da criança e jovem.	Transversal a todos os contextos de estágio	26/09/16 a 12/02/17	Consultar procedimentos/ Normas/ Políticas/Teses	Procedimentos Protocolos Normas Teses	Recolha de material bibliográfico Documento síntese das aprendizagens de cada contexto Redação de uma reflexão escrita

**Objetivo Específico:** Prestar cuidados à criança, jovem e família no âmbito da promoção do desenvolvimento e da saúde da criança e do jovem;

Atividades	Instituição	Duração	Descrição	Recursos	Resultados Esperados
Participar na prestação de cuidados à criança/jovem e família no âmbito das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, Vacinação e Saúde Escolar.	USF  Consulta de Pediatria	28/11/16 a 18/12/16	Desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; Aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento;	EEESIP Equipa multidisciplinar Referências Bibliográficas	Documento síntese das aprendizagens em cada contexto

		17/10/16 a 06/11/16	<p>Avaliação e registo de parâmetros de crescimento e desenvolvimento;</p> <p>Articulação dos serviços de Internamento de Pediatria com os recursos da Comunidade.</p> <p>Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil.</p> <p>Participação na Saúde Escolar;</p> <p>Contacto e colaboração com os projetos e programas em desenvolvimento.</p>		
<p><b>Participar na prestação de cuidados à criança/jovem e família que recorre ao SUP</b></p> <p><b>Observar e/ou participar em situações de reanimação.</b></p>	Serviço Urgência Pediátrica	07/11/16 a 27/11/16	<p>Participação na prestação de cuidados à criança/jovem e família gravemente doente.</p> <p>Promoção de estratégias de atuação com enfoque nos cuidados não traumáticos e centrados na família</p> <p>Aprofundamento de conhecimentos sobre situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem adequados ao estágio de desenvolvimento e situação clínica.</p>	<p>EEESIP</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Referências Bibliográficas</p> <p>Procedimentos</p> <p>Protocolos</p>	
<p><b>Participar na prestação de cuidados à criança/jovem e família com doença aguda/crónica.</b></p>	Transversal a todos os contextos de estágio	26/07/16 a 12/02/17	<p>Acompanhar o EEESIP na prestação de cuidados</p> <p>Observação de estratégias de atuação com enfoque nos cuidados não traumáticos e centrados na família;</p> <p>Aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento;</p> <p>Desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;</p> <p>Participação nos cuidados individualizados à criança/jovem e família, de acordo com a sua situação clínica e motivo de internamento.</p> <p>Verificar como é realizada a articulação entre os diferentes contextos.</p>	<p>EEESIP</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Guião de Observação</p> <p>Políticas/Normas de atuação/ Procedimentos</p>	<p>Complicação dos documentos consultados</p> <p>Redação de uma reflexão escrita</p>

**Objetivo Específico:** Integrar o processo de cuidados de enfermagem e os seus registos nos diferentes contextos de saúde e doença tendo em conta as etapas de desenvolvimento, com foco na promoção da alimentação.

Atividades	Instituição	Duração	Descrição	Recursos	Resultados Esperados
Participar na prestação de cuidados à criança/jovem e família nos diferentes contextos de saúde e doença tendo em conta as etapas de desenvolvimento, com foco na promoção da alimentação.	Transversal a todos os contextos de estágio	28/11/16 a 18/12/16	Desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; Aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; Colaboração nas práticas de enfermagem nos diferentes contextos saúde/doença, dando especial relevância à promoção da alimentação. Consulta e registo dos cuidados de enfermagem.	EEESIP Equipa multidisciplinar Referências Bibliográficas Registos de Enfermagem	Documento síntese das aprendizagens em cada contexto

**Objetivo Geral:** Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na promoção da alimentação, em situação de saúde e doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento.

**Objetivo Específico:** Adquirir conhecimentos sobre importância da alimentação precoce no recém-nascido pré-termo, para o desenvolvimento infantil.

Atividades	Instituição	Duração	Descrição	Recursos	Resultados Esperados
<b>Realização de pesquisa bibliográfica sobre a importância da alimentação no desenvolvimento e crescimento da criança e jovem.</b>	Transversal a todos os contextos de estágio	26/09/16 a 12/02/17	Consultar procedimentos/ Normas/ Políticas/Teses Pesquisa Bibliográfica	Procedimentos Protocolos Normas Teses Referências Bibliográficas	Recolha de material bibliográfico Documento síntese das aprendizagens de cada contexto Redação de reflexão escrita
<b>Participação na prestação de cuidados a RN internados na UCIN tendo em conta os CCF</b>	UCIEN  Unidade de Neonatologia	02/01/17 a 12/02/17  26/09/16 a 16/10/16	Observação de estratégias de atuação com enfoque nos cuidados não traumáticos e centrados na família. Aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento no período neonatal. Avaliação e registo de parâmetros de crescimento e desenvolvimento relativos ao período neonatal. Observação e participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação. Aprofundamento de conhecimentos sobre as competências do RN.		

**Objetivo Específico:** Prestar cuidados ao recém-nascido centrados na família para a facilitação do processo de vinculação e transição para a parentalidade.

Atividades	Instituição	Duração	Descrição	Recursos	Resultados Esperados
<p><b>Favorecer a amamentação no recém-nascido logo após o nascimento, para promoção da sua exclusividade e continuidade após a alta, assim que o RN esteja clinicamente apto.</b></p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica sobre a importância da alimentação no desenvolvimento e crescimento da criança e jovem.</p>	UCIEN	02/01/17 a 12/02/17	<p>Incentivar os enfermeiros a promoverem momentos de contacto mãe-bebé favorecedores da amamentação.</p> <p>Pesquisa bibliográfica: Modelo conceptual de Afaf Meleis; Terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis</p>	<p>Procedimentos</p> <p>Protocolos</p> <p>Normas</p> <p>Teses</p> <p>Referências Bibliográficas</p>	<p>Recolha de material bibliográfico</p> <p>Documento síntese das aprendizagens de cada contexto</p> <p>Redação de uma reflexão escrita sobre as observações e práticas realizadas</p>
<p><b>Promover o vínculo entre o RN e a sua família</b></p>	<p>UCIEN</p> <p>Unidade de Neonatologia</p>	<p>02/01/17 a 12/02/17</p> <p>26/09/16 a 16/10/16</p>	<p>Observação de estratégias de atuação com enfoque nos cuidados centrados na família.</p> <p>Observação e participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação.</p> <p>Aprofundamento de conhecimentos sobre as competências oro-motoras do RN, como fator promotor da amamentação.</p>		

**Objetivo Específico:** Identificar as competências para a alimentação oral do recém-nascido através da aplicação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada;

Atividades	Instituição	Duração	Descrição	Recursos	Resultados Esperados
<b>Realização de pesquisa bibliográfica sobre a Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada;</b>	UCIEN Unidade de Neonatologia	02/01/17 a 12/02/17 26/09/16 a 16/10/16	Consultar procedimentos/ Normas/ Políticas/Teses	Procedimentos Protocolos Normas Tese	Recolha de material bibliográfico Documento síntese das aprendizagens de cada contexto Redação de uma reflexão escrita
<b>Observação participativa na aplicação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada.</b>	Unidade de Neonatologia	26/09/16 a 16/10/16	Colaboração com peritos na aplicação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada. Entrevista à Sra. Enf. <sup>a</sup> Chefe da Neonatologia	EEESIP Equipa multidisciplinar Referências Bibliográficas Registos de Enfermagem	Recolha de material bibliográfico Documento síntese das aprendizagens de cada contexto Redação de uma reflexão escrita
<b>Realização de uma sessão formativa teórico-prática sobre a aplicação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada.</b>	UCIEN	26/09/16 a 16/10/16	Elaborar um projeto de implementação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada. Realização de sessões de formação com a participação da Professora Doutora Alice Curado e Sra. Enf. <sup>a</sup> Chefe da Neonatologia H Constituição de um grupo dinamizador na UCIN do HFF com 5 enfermeiros (1 de cada equipa) para a implementação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada.	EEESIP Equipa multidisciplinar Referências Bibliográficas Grupo dinamizador da formação em serviço do HFF	Sessão de formação Participação de pelo menos 50% da equipa de enfermagem Registo das atividades Redação de uma reflexão escrita

**Objetivo Específico:** Incentivar os enfermeiros a implementar medidas associadas aos fatores promotores da amamentação e aleitamento materno.

<b>Atividades</b>	<b>Instituição</b>	<b>Duração</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Resultados Esperados</b>
<b>Realização de sessões de esclarecimento à equipa de enfermagem de como envolver os pais no desenvolvimento das competências oro-motoras para a alimentação do RN PT</b>	UCIEN	02/01/17 a 10/02/17	Orientação de EEESIP Estruturar uma sessão de formação de acordo com os objetivos delineados	Referências Bibliográficas Sala de formação / reuniões	Sessão de formação Participação de pelo menos 50% da equipa de enfermagem
<b>Sensibilizar a equipa multidisciplinar para os riscos associados à alimentação artificial</b>	UCIEN	02/01/17 a 10/02/17	Orientação de EEESIP Sessões de sensibilização	Referências Bibliográficas Sala de formação / reuniões	

# **Apêndice 3**

Resumo do Projeto



7º Curso Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
Unidade Curricular Opção II

**Alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo.  
Fatores promotores da amamentação exclusiva.**



Discente: Leonor Sofia Barnabé Antunes, 6726

Docente: Maria Alice Curado

Hospital

## **Alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo. Fatores promotores da amamentação exclusiva.**

**Data do início:** 2 de Janeiro a 12 de Fevereiro de 2017

**Duração:** 6 semanas

**Palavras-chave:** Alimentação oral; Recém-nascido pré-termo; Amamentação; Enfermeiro

Apesar de o número de nascimentos ter vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, a percentagem de nascimentos prematuros tem vindo a aumentar, acrescentando a necessidade de melhorar a prestação de cuidados a esta população tão específica.

Este cuidado inclui o início da amamentação o mais precocemente possível, incentivando o aleitamento materno e a relação mãe-bebé. O sucesso do aleitamento materno constitui uma prática com repercussões evidentes na proteção da saúde materno-infantil.

É necessário que os cuidados de enfermagem sejam adequados às necessidades individuais de cada recém-nascido, através do conhecimento sobre as técnicas de alimentação alternativas e o aleitamento materno, de forma promover a amamentação assim que seja clinicamente possível.

O início da alimentação oral do RN PT tem vindo a constituir divergências de opiniões entre as equipas de saúde, assim como qual a técnica mais adequada para alimentar o bebé durante o período de transição da alimentação visando ao aleitamento materno.

Não é consensual o momento ideal para se iniciar a alimentação oral tanto na prática como na literatura, pelo que é fundamental uma avaliação individual por parte dos enfermeiros, para que seja possível identificar o momento seguro para o recém-nascido pré-termo. Recentemente têm surgido evidências que os recém-nascidos pré-termo com 32 semanas de Idade Gestacional/Idade Corrigida encontram-se capazes de iniciar e manter a amamentação.

No decorrer da atual atividade profissional, nomeadamente numa UCIEN, emergiu a necessidade de potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, considerando os mais recentes estudos e recomendações mundiais relativos à alimentação de RN PT.

Cada vez mais tem havido um esforço na melhoria da prática no sentido de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, idealmente com amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida.

O aleitamento materno em RN PT, comparativamente aos RN de termo, é mais difícil de ser iniciado e mantido. Estudos realizados apontam que diversos fatores contribuem para este facto tais como a separação prolongada da mãe - bebé, a ansiedade o stress materno, as práticas

dos profissionais no suporte à amamentação, a diminuição da produção de leite, a insegurança que a própria mãe tem sobre a qualidade de seu leite e a sua capacidade de amamentar, o comportamento alimentar imaturo do RN PT, e, finalmente, as rotinas hospitalares.

É necessário sustentar a prática profissional de forma científica. Existem escalas validadas internacional e nacionalmente que poderão constituir uma preciosa ferramenta na avaliação da prontidão para a alimentação oral do recém-nascido pré-termo, com idade gestacional ou corrigida inferior a 34 semanas, nomeadamente a Early Feeding Skills adaptada.

Também diversos estudos têm vindo a comprovar os benefícios associados à amamentação precoce que se manifestam na manutenção e prolongamento da amamentação do recém-nascido pré-termo.

Para tal torna-se primordial a formação dos profissionais de saúde que acompanham a família que amamenta, para a diminuição dos sentimentos de insegurança, ansiedade, sofrimento e dúvida, de forma a se atingirem as metas da Organização Mundial de Saúde.

**Daí surge a necessidade de compreender a importância da alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo, com o objetivo de conhecer os fatores promotores da amamentação exclusiva.**

### **Objetivo do Estágio**

→ Desenvolver processos de cuidados potenciadores da alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo, na promoção da amamentação exclusiva.

- Adquirir conhecimentos sobre importância da alimentação precoce no recém-nascido pré-termo, para o desenvolvimento infantil;
- Prestar cuidados ao recém-nascido centrados na família para a facilitação do processo de vinculação e transição para a parentalidade;
  - Favorecer a amamentação no recém-nascido logo após o nascimento, para promoção da sua exclusividade e continuidade após a alta, assim que o RN esteja clinicamente apto.
- Identificar as competências para a alimentação oral do recém-nascido através da aplicação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada;
  - Realização de uma sessão formativa teórico-prática sobre a aplicação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada.
  - Elaborar um projeto de implementação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada.

- Realização de sessões de formação com a participação da Professora Doutora Alice Curado e Sra. Enf.ª Chefe da Neonatologia HSFX Thereza Vasconcellos.
- Incentivar os enfermeiros a implementar medidas associadas aos fatores promotores da amamentação e aleitamento materno.
  - Realização de sessões de esclarecimento à equipa de enfermagem de como envolver os pais no desenvolvimento das competências oromotoras para a alimentação do RN PT;
  - Sensibilizar a equipa multidisciplinar para os riscos associados à alimentação artificial.

Leonora Sofia B. Anteros, 6726  
21/11/16

# **Apêndice 4**

Guião de Registo da Observação de  
Experiências de Transição

## Guião de Registo da Observação de Experiências de Transição

Natureza da Transição	Condicionalismos da Transição		Padrões de Resposta		Terapêuticas de Enfermagem
	Tipos	Fatores Facilitadores	Fatores Inibidores	Indicadores de Processo	
Padrões					
Propriedades					

### Legenda:

#### Natureza da Transição

- Tipos – desenvolvimento / situacional / saúde-doença / organizacional
- Padrões – simples / múltiplas / sequencial / simultâneo / relacionados / não-relacionados
- Propriedades – consciencialização / envolvimento / mudança / acontecimentos / pontos críticos

#### Condicionalismos da Transição

- Pessoais – significados / crenças / estatuto socioeconómico / preparação / conhecimento
- Comunidade – apoio familiar / redes de suporte / grupos de apoio
- Sociedade – serviços e profissionais de saúde / infraestruturas de apoio educativo e económico

#### Padrões de Resposta

- Processo – sentir-se ligado / interagir / estar situado / desenvolver confiança / *coping*
- Resultado – mestria / reformulação de identidades

# **Apêndice 5**

Registro de Observação de uma  
Experiência de Transição



## Registo de Observação de uma Experiência de Transição

### Internamento de Pediatria

- Criança de 4 anos, etnia cigana, pai viúvo
- Diabetes inaugural

Natureza da Transição	Condicionalismos da Transição		Padrões de Resposta		Terapêuticas de Enfermagem
	Fatores Facilitadores	Fatores Inibidores	Indicadores de Processo	Indicadores de Resultado	
<b>Tipos</b> <b>Padrões</b> <b>Propriedades</b>					
Saúde-doença: passagem do estado saudável para doença crónica (criança com diabetes inaugural)	Apoio familiar (tios e tias vivem na mesma comunidade que a criança e o pai)	Pessoais – crença cultural (nas famílias de etnia cigana quem cuida das crianças são as mulheres)	Sentir-se ligado – estabelecimento de uma relação com os profissionais de saúde enquanto recurso na passagem da transição	Padrões de resposta positivos - sentimento de confiança quanto às suas capacidades de cuidar da criança	Avaliação do nível de conforto com a situação, o impacto da mudança e da diferença no nível de bem-estar e a capacidade para lidar com essas mudanças e diferenças.
Situacional (alteração do papel parental – assumir responsabilidade na escolha da alimentação da criança, aprendizagem administração de terapêutica)	Apoios na comunidade – envolvimento dos enfermeiros da comunidade e dos profissionais da escola	Socioeconómicos – baixos rendimentos (pai vendedor na feira)	Sentir-se situado - consciencialização e a aceitação da condição de saúde da criança	Mestria na avaliação de glicémia, administração de insulina, reconhecimento de sinais e hipoglicémia e hiperglicémia - domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar	Contactada dietista - junto com o pai e enfermeira responsável elaborada uma dieta adequada à realidade familiar
Consciencialização da doença crónica por parte do pai e criança – reorganização no modo de estar e cuidar da criança	Adequados ensinamentos à realidade familiar (explicados valores de glicémia e necessidade de administração de insulina como os	Baixa escolaridade – o pai não sabia ler nem escrever, sabia fazer contas	Aumento do nível de confiança para lidar com a nova condição e a capacidade para tomar decisões em relação ao novo modo de viver nomeadamente em relação às escolhas alimentares e		Enfermeira responsável deslocou-se à casa da família, organizou armários e frigorífico, foi às compras com o pai realizando ensinamentos sobre alimentação saudável, elaborou com o mesmo uma lista de receitas simples que praticaram no domicílio.

<p>Envolvimento do pai e tios no cuidar da criança</p> <p>Mudança de atitudes – alteração dos comportamentos alimentares familiares / gestão da terapêutica da criança</p> <p>Ajustamento nas atividades de vida diárias</p>	<p>pagamentos e troco nas vendas da feira)</p>		<p>gestão do regime terapêutico e acompanhamento da criança</p> <p><i>Coping</i> - processo progressivo de aquisição de conhecimentos sobre a doença crónica, melhor compreensão sobre a situação de saúde-doença da criança</p> <p>Expressão de sentimentos de controlo, diminuição do nível de stresse</p>	<p>com a doença crónica da criança</p>	<p>Enfermeira responsável acompanhou o pai e a criança nas primeiras consultas à APDP onde seria realizado o seguimento. Contactado o enfermeiro da comunidade – realizadas reuniões com a equipa multidisciplinar. Explicados progressos familiares e lacunas de conhecimento. Passagem de informação e <i>dossier</i> de acompanhamento na APDP. Enfermeiros da comunidade fizeram articulação com a escola. Promovido envolvimento da restante família</p>
--	--	--	--	--	---

## TRANSIÇÃO SAUDÁVEL!

Mestria nos comportamentos e nos sentimentos associados ao novo papel e identidade

# **Apêndice 6**

Amamentar como medida não farmacológica de controlo da dor

## Amamentar como medida não farmacológica de controlo da dor



Antes, durante e após da realização do diagnóstico precoce, administração de vacinas e outros procedimentos dolorosos que possam trazer desconforto deixem-me mamar!

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial para os tecidos do corpo, advinda de experiências dolorosas que acontecem

desde o nascimento.

### Procedimento

- A pega deve ser realizada cerca de 5 minutos antes de iniciar o procedimento
- O bebé deve continuar a mamar durante todo procedimento
- O bebé deve ser mantido ao colo da mãe à mama após o procedimento até estar tranquilo

- A amamentação é eficaz no alívio da dor aguda por promover o contato pele a pele com a mãe, a sucção, possibilidade de sentir o odor e sabor do leite materno.



- Como alternativa de medida não-farmacológica a amamentação tem a vantagem de ser natural, de baixo custo, e permitir a inclusão das mães no tratamento da dor.

- Os componentes do aleitamento materno (contato materno, a sucção e a ingestão de leite materno) agem de forma aditiva ativando recetores responsáveis pela redução da dor aguda em 80-90% durante um procedimento
- O leite materno possui componentes aumentam a beta endorfina e podem auxiliar no processo algico.
- A associação da amamentação com o contato pele a pele traduz formas positivas sobre a analgesia, pois o ato de mamar reduz o gasto energético através da redução dos parâmetros fisiológicos, como choro e a atividade motora
- O ato de amamentar traduz na mãe um contato íntimo observado através do efeito calmante do odor do leite, apresentando níveis de cortisol diminuídos à criança, o que permite sua participação ativa no controle da dor e medidas de conforto. Os bebés têm capacidade de recordar odores familiares, sendo o materno capaz de mediar a resposta da dor.

### Referências Bibliográficas

Leite, A.M., Castral, T.C., Scochi, C.G.S. (2006). Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 59,4, 538-542.  
Jerónimo, R.P.C., Freitas, C.C.F, Nunes, C.O.F., Rodrigues, M.D. (2015). AMAMENTAÇÃO: TÉCNICA NÃO FARMACOLÓGICA EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS EM RN E LACTENTES. *INFAD Revista de Psicologia*, Vol. 1, 1, 41-52.  
Oliveira, C.W.L., Silva, J.V.F., Rodrigues, A.P.R.A.,

## **Apêndice 7**

Protocolo - Alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo. Fatores promotores da amamentação exclusiva: a Scoping Review.

# **Alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo. Fatores promotores da amamentação exclusiva: a Scoping Review.**

## **Palavras-chave**

- Alimentação oral
- Recém-nascido pré-termo
- Amamentação

## **Questão de Pesquisa**

- Quais os fatores relacionados com a alimentação oral precoce, do recém-nascido pré-termo, que influenciam a amamentação exclusiva?

## **Objetivo**

- Identificar os fatores relacionados com a alimentação oral precoce, do recém-nascido pré-termo, que influenciam a amamentação exclusiva.

## **Critérios de Inclusão**

- Recém-nascidos até às 36+6 semanas de idade gestacional
- Recém-nascidos até às 36+6 semanas de idade corrigida
- Recém-nascidos pré-termo hemodinamicamente estáveis
- Recém-nascidos pré-termo sem alterações neurológicas
- Recém-nascidos pré-termo sem alterações anatómicas orofaciais

## **Critérios de Exclusão**

- Recém-nascidos pré-termo com patologia respiratória
- Recém-nascidos pré-termo com alterações anatómicas orofaciais

## **Estratégia de Pesquisa**

- Bases de dados CINAHL e MEDLINE ambas with Full Text, através da plataforma EBSCO.

- Português e Inglês
- 2005-2016

### **Descritores CINAHL**

- S1 “Infant, premature” – Termo de indexação
- S2 “Oral feeding” – Linguagem natural
- S3 “Breastfeeding” – Linguagem natural

### **Pesquisa CINAHL**

- S1 AND S2 AND S3 – 11 resultados
- S1 AND S2 – 234 resultados
- S1 AND S3 – 96 resultados
- (S1) AND ( S3 OR S4 ) - 96 resultados

### **Descritores MEDLINE**

- S1 “Infant, premature” – Termo de indexação
- S2 “Oral feeding” – Linguagem natural
- S3 “Breastfeeding” – Linguagem natural

### **Pesquisa MEDLINE**

- S1 AND S2 AND S3 – 13 resultados
- S1 AND S2 – 124 resultados
- S1 AND S3 – 312 resultados
- (S1) AND ( S3 OR S4 ) - 312 resultados

## Background

A Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância recomendam que as crianças sejam amamentadas de forma exclusiva até os seis meses e, que após este período, a alimentação complementar seja iniciada gradualmente mantendo a amamentação até pelo menos os dois anos de idade como medida para a redução do risco de morbidade e mortalidade (Toma & Rea, 2008).

O aleitamento materno exclusivo até aos seis meses é o recomendado para todos recém-nascidos devido às suas inúmeras vantagens. Nos recém-nascidos pré-termo devido à sua imaturidade, podem surgir dificuldades na alimentação por inadequada coordenação da sequência sucção, deglutição e respiração, não sendo consensual o momento ideal para iniciar a alimentação oral.

Fisiologicamente a alimentação oral é considerada a atividade comportamental que implica maior organização por parte dos recém-nascidos pré-termo (Kenner & McGrath, 2004) e envolve uma complexa interação entre o cérebro e o sistema nervoso central, reflexos motores-orais e múltiplos músculos da boca, faringe, esófago e face. Requer ainda a coordenação rítmica entre a sucção e a deglutição de uma quantidade de leite, em simultâneo com uma respiração eficaz.

O nascimento de um recém-nascido pré-termo implica diversas dificuldades de adaptação à vida extrauterina. Estes recém-nascidos passam por várias etapas de alimentação até lhes ser possível mamar. O recém-nascido pré-termo desenvolve as competências necessárias para o início da alimentação oral à medida que fica hemodinamicamente estável e a sua idade gestacional corrigida permite a coordenação da respiração e deglutição com o funcionamento oro-motor adequado (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005).

A alimentação oral precoce implica a capacidade do recém-nascido pré-termo em manter-se envolvido numa tarefa que é fisiológica e comportamentalmente desafiante e implica a organização dos movimentos oro-motores com a coordenação da respiração e deglutição, de forma a manter a estabilidade hemodinâmica, o que lhe vai trazer benefícios a longo prazo para o



seu desenvolvimento cerebral, corporal e experiencial (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005).

As competências oro-motoras para a alimentação implicam ainda o desenvolvimento do estado de alerta e de um padrão de sucção eficaz e organizado. Influências externas tais como a velocidade e o fluxo de leite, o impacto da presença de sonda orogástrica / nasogástrica e a técnica utilizada para alimentar o recém-nascido pré-termo, também vão influenciar o estabelecimento da autonomia alimentar (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005).

A prontidão para a alimentação oral implica que o recém-nascido pré-termo demonstre organização comportamental e que durante o estado de alerta a sua atenção esteja focada no momento da alimentação, com reflexos de busca presentes e com interesse na sucção. O tônus muscular deve estar desenvolvido de forma a manter uma postura flexora e deve conseguir preservar a estabilidade fisiológica e autorregulação (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005).

Pode variar desde dias a meses o tempo necessário desde o início da alimentação oral até esta ser completa, de forma a permitir uma adequada ingestão de calorias que favoreça o crescimento e a manutenção fisiológica do recém-nascido pré-termo. Este período de transição deve ser adaptado às características individuais de cada recém-nascido pré-termo (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005).

A amamentação é um processo psicossomático complexo em que o leite é produzido na mama sob indicações cerebrais, ou seja, o bebê e a mãe estabelecem uma ligação única com características específicas através do contacto físico, visual e afetivo. Uma amamentação bem-sucedida é processo interativo das necessidades físicas e psicológicas da mãe e do bebê (Saraiva, 2010).

O leite materno é amplamente reconhecido como a alimentação ideal para o lactente de termo e pré-termo. A evidência mostra os diversos benefícios tanto a curto como a longo prazo do aleitamento materno, dos quais se destacam as vantagens imunológicas e do desenvolvimento neurológico, assim como os benefícios nos aspetos psicológicos e relacionais.

O leite materno de mães de recém-nascido pré-termo apresenta características específicas, especialmente formulado para o seu

desenvolvimento, nomeadamente a nível da proteção de infeções, redução do stress (Bertino, Di Nicola, Giuliani, Peila, Cester, Vassia, Pirra, Tonetto & Coscia, 2012).

Amamentar um recém-nascido pré-termo pode ser difícil, sendo necessária a aquisição de conhecimentos para a elaboração de um plano de alimentação individualizado que compense as competências de alimentação imaturas e promova uma estimulação da mama adequada até que seja possível amamentar (Walker, 2008).

Usualmente, a decisão de iniciar a amamentação baseia-se no peso e na idade gestacional, critérios ponderados isoladamente, sem considerar as competências oro-motoras e os aspetos globais do recém-nascido pré-termo, o que pode levar à diminuição da produção láctea e ao desmame precoce (Scochi, Ferreira, Góes, Fujinaga, Ferecini & Leite, 2008).

Não é consensual o momento ideal para se iniciar a alimentação oral tanto na prática como na literatura, pelo que é fundamental uma avaliação individual por parte dos enfermeiros, para que seja possível identificar o momento seguro para o recém-nascido pré-termo. Recentemente têm surgido evidências que os recém-nascidos pré-termo com 32 semanas de Idade Gestacional/Idade Corrigida encontram-se capazes de iniciar e manter a amamentação (Kenner & McGrath, 2004).

A capacidade de mamar não se encontra desenvolvida numa idade gestacional definida, mas encontra-se relacionada com múltiplos fatores do recém-nascido pré-termo, da mãe e da própria prática clínica. Admitir a mãe juntamente com seu recém-nascido e minimizar o uso de chupeta pode contribuir para o estabelecimento precoce da amamentação exclusiva (Maastrup, Hansen, Kronborg, Bojesen, Hallum, Frandsen, Kyhnaeb, Svarer & Hallstro, 2014).

É importante reforçar que todos os recém-nascidos devem ser adaptados à mama, apesar de nos recém-nascidos pré-termo com menos de 34 semanas o reflexo de sucção ser ainda ineficaz para extrair leite da mama suficiente para suprimir as suas necessidades nutricionais. Esta adaptação ajuda a uma mais rápida maturação das competências alimentares e estimulação da produção de leite materno (Sankar, et al, 2008). No entanto nem todos os recém-nascidos com a mesma idade gestacional têm as mesmas competências de alimentação.

A amamentação nos recém-nascidos pré-termo contém variados desafios devido às dificuldades inerentes à sua imaturidade estrutural e fisiológica. Muitas vezes os recém-nascidos pré-termo são incapazes de manter uma sucção ritmada, o que pode inibir o reflexo de ejeção de leite e restringir a sua ingestão (Jones & Spencer, 2005).

O sucesso da amamentação exclusiva do recém-nascido pré-termo depende ainda da quantidade de leite materno produzido. Para manter a sua produção é essencial a proximidade mãe-bebé de forma a promover a amamentação frequente em livre demanda, o contacto pele-a-pele e sensibilizar a mãe sobre a necessidade do recém-nascido pré-termo de ser alimentado e o reconhecimento dos seus estados de sono / alerta (Briere, Lucas, McGrath, Lussier & Brownell, 2015).

No entanto, por necessidade de cuidados especializados os recém-nascidos pré-termo são separados das mães e internados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. Mesmo quando é possível iniciar a amamentação precoce o recém-nascido pré-termo pode não ter a capacidade de estimular e sugar o que pode diminuir a produção de leite se não forem adotadas outras medidas. De forma a proporcionar o fornecimento adequado de leite que suprima as necessidades nutricionais do recém-nascido pré-termo, o leite materno deverá ser extraído manualmente ou recorrendo a uma bomba de extração (Briere, Lucas, McGrath, Lussier & Brownell, 2015).

A amamentação constitui ainda um momento de interação social, de sincronia e reciprocidade entre a mãe e o bebé, representando a primeira ocorrência de diálogo da díade. As mães de recém-nascidos pré-termo podem apresentar dificuldades emocionais e psicológicas para iniciar e manter o aleitamento materno, sendo por isso menor a manutenção da amamentação exclusiva nestes casos (Scheeren, Mengue, Devincenzi, Barbosa & Gomes, 2012).

É essencial o desenvolvimento de estratégias que incluam a avaliação e acompanhamento permanente da amamentação, bem como proporcionar intervenções específicas para apoiar os desafios que possam surgir na promoção e proteção da amamentação nesta população específica. Apesar de conhecidos os benefícios do aleitamento materno tanto para os recém-nascidos

como para a mãe, a incidência da amamentação e a sua permanência após a alta hospitalar continua baixa nos recém-nascidos pré-termo.

## Referências Bibliográficas

- Bertino, E., Di Nicola, P., Giuliani, F., Peila, C., Cester, E., Vassia, C., Pirra, A., Tonetto, P., Coscia, A. (2012). Benefits of human milk in preterm infant feeding. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 1, 19-24.
- Briere, C., Lucas, R., McGrath, J., Lussier, M., Brownell, E. (2015). Establishing Breastfeeding with the Late Preterm Infant in the NICU. *JOGNN*, 44, 102-113.
- Goyal, K., Attanasio, L., Kozhimannil, K. (2014). Hospital Care and Early Breastfeeding Outcomes Among Late Preterm, Early-Term, and Term Infants. *BIRTH*, 41, 330-338.
- Jones, E. & Spencer, S.A. (2005). How to achieve successful preterm breastfeeding. *Infant Journal*, 1(4), 111-115.
- Kenner, C. & McGrath, J. M. (2004). *Developmental Care of Newborns & Infants – A guide for health professionals*. St. Louis: Mosby.
- Maastrup, R., Hansen, B., Kronborg, H., Bojesen, S., Hallum, K., Frandsen, A., Kyhnaeb, A., Svarer, I., Hallstro, I. (2014). Breastfeeding Progression in Preterm Infants Is Influenced by Factors in Infants, Mothers and Clinical Practice: The Results of a National Cohort Study with High Breastfeeding Initiation Rates. *PLOS ONE*, 9, 1-15.
- Nyqvist, K. (2008). Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97, 776–781.
- Sankar, M. J. et al (2008). Feeding of Low Birth Weight Infants. *AIIMS-NICU Protocols. Division of Neonatology, Department of Pediatrics*. All India Institute of Medical Sciences.
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno Promoção & Manutenção*. Lisboa: Edições Técnicas.
- Scheeren, B., Mengue, A. P., Devincenzi, B, S., Barbosa, L., R., Gomes, E. (2012). Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. *Jornal Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 24, 199-204.
- Thoyre, S. M., Shaker, C. S., Pridham, K. F. (2005). The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants. NIH Public Access. *Neonatal Netw*, 24, 7-16.
- Walker, M. (2008). Breastfeeding the Late Preterm Infant. *JOGNN*, 37, 692-701.

Zachariassen, G., Faerk, J., Grytter, C., Esberg, B. H., Juvonen, P., Halken, S. (2010). Factors associated with successful establishment of breastfeeding in very preterm infants. *Acta Pædiatrica*, 99, 1000–1004.

# **Apêndice 8**

Posters Apresentados no European Society  
of Paediatric Neonatal Intensive Care 2017

# Early oral feeding in the preterm newborn.

## Promoting factors on exclusive breastfeeding: A Scoping Review.

Author: L.S.B. Antunes RN, MSN Student, ESEL, Lisboa, Portugal; [leonor.s.antunes@gmail.com](mailto:leonor.s.antunes@gmail.com); 00351964254795  
 Co-author: M.A.S. Curado, RN, MS, PhD, Coordinator Professor, ESEL, Lisboa, Portugal;



### Barriers to Preterm Newborn Breastfeeding

Mothers / Parents	NICU / Professionals	Preterm Newborn
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mothers of preterm infants are more likely to experience breastfeeding difficulties and to report being unsuccessful on their first attempt at breastfeeding<sup>1</sup></li> <li>Mothers of preterm infants could not breastfeed in the first few hours after birth which can lead to an insufficient milk production<sup>2</sup></li> <li>Mothers of preterm infants refer as difficult for lactation the separation of the newborn as the main reason for the decrease of their milk production<sup>3,4</sup></li> <li>Mothers of infant preterm do not have adequate knowledge about breastfeeding as a result of missed antenatal classes<sup>5,12</sup></li> <li>Despite the recommendations of the professionals to maintain lactation, mothers cannot avoid the decrease in milk production<sup>1</sup>, diminished milk supply, milk supply concerns, breastfeeding difficulties, and concerns that breast milk alone did not satisfy their infants are the most significant barriers to breast milk feeding and breastfeeding the premature infant<sup>15-20,26</sup></li> <li>Mothers of preterm infants show concerns regarding inadequate milk volume and composition<sup>14</sup> and verbalize concerns about infant weight gain and inability to measure milk intake<sup>14</sup></li> <li>Mothers feel insecure about the size of the child and fear of suffocation or hurt their baby<sup>4,11,19</sup></li> <li>Emotional factors such as fear, sensation of incapacity, exhaustion and stress, influence negatively in the lactation<sup>14,17</sup></li> <li>The reasons given commonly for early cessation of breast feeding include: painful breasts, damaged nipples and mastitis<sup>13</sup>; concerns about whether the infant is growing, content and receiving sufficient milk; negative perceptions of how breast feeding is viewed by family, peers and the public<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inconsistent breastfeeding teaching and practices across NICU staff is a barrier to the continuity of breastfeeding support in the NICU<sup>1</sup></li> <li>Physicians in particular need to be better educated regarding Baby-Friendly practices, given their influential role in promoting the Neo-BFHI among patients and colleagues<sup>1</sup></li> <li>Breastfeeding support in some units is insufficient because of understaffing<sup>11</sup></li> <li>The NICU is an environment where parents have reported feeling like an outsider and not being able to parent their infant<sup>5</sup></li> <li>This hospital sector appears hostile and complicating the practice of breastfeeding since this environment is present in babies with an unstable health condition requiring complex and continuing care<sup>13</sup></li> <li>When the neonate is unable to feed at the breast, mothers need to pump or hand-express their milk to be stored and delivered to the NICU. Pumping can lead to discomfort, nipple trauma, and logistical challenges in storage and transport of milk<sup>17</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Among the main barriers to breastfeeding are the difficulty in maintaining lactation due to the inability of the preterm newborn to suckle and not consume an adequate volume of milk during breastfeeding due to weak suction pressures, as well as the inadequacies in performing the milking techniques<sup>4,10,18,21,25,26</sup></li> <li>Breastfeeding difficulties in preterm infants include poor feeding skills which consequently lead to inadequate milk intake: infants are developmentally immature and are born with low energy stores and high energy demands, and often have uncoordinated suck-swallow-breathe mechanisms and limited feeding durations from tiring quickly<sup>12</sup></li> <li>In fact, preterm infants have been reported to present latching difficulty, lethargy, ineffective suckling and metabolic disturbances that could further predispose them to poor breastfeeding outcomes and inadequate emptying of the breast, which would then require mothers to express breast milk<sup>14</sup></li> <li>When compounded by other factors (temperature instability, respiratory distress, apnea, hypoglycemia, jaundice, and sepsis) preterm infants also have a decreased state of arousal and poor endurance that could lead to early fatigue during feeding<sup>18</sup></li> <li>Feeding of premature newborn through a bottle impairs breastfeeding, since it favors the rejection to the maternal breast<sup>14,18</sup></li> </ul>

### Strategies to Promote Preterm Newborn Exclusive Breastfeeding

Mothers / Parents	NICU / Professionals	Preterm Newborn
<ul style="list-style-type: none"> <li>Early antenatal breastfeeding education is a way to ensure that mothers are prepared for breastfeeding prior to preterm delivery and improve length of breastfeeding after NICU discharge: education early in pregnancy on the benefits of breast milk for preterm infants, breastfeeding techniques and possible problems, use of a breast pump<sup>1,2,22,23,24</sup></li> <li>When prenatal consultation is unavailable due to unexpected preterm delivery, health care providers can provide postnatal breast milk education. A standard of care might include lactation consultation for all mothers of infants admitted to the NICU<sup>17</sup></li> <li>Determination in the mother's desire to breastfeed<sup>1</sup></li> <li>The recognition of the advantages of breast milk for the preterm<sup>1</sup></li> <li>Improved success is evident among mothers who have put their infants to breast during the hospital stay; the experience of breastfeeding the infant in the NICU, as well as the frequency of direct breast-feeds, can have positive effects on enabling the breastfeeding process until discharge and beyond<sup>15</sup></li> <li>Through participation in breastfeeding, mothers are given an active and meaningful role in the NICU, which can build confidence and enable parents to handle and care for their infant<sup>15</sup></li> <li>The breastfeeding event depends on the interaction between mother and child and also the support from family and community, proper professional guidance as well as positive factors such as being open to new process of change<sup>15</sup>. Health care providers can educate mothers and other caregivers about infant cues that suggest breastfeeding success<sup>18</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kangaroo care, or skin-to-skin care, have a beneficial effect on breastfeeding, increasing maternal milk supply, and breastfeeding initiation, and also aids in the bonding process<sup>2,14,17,18,26,25,44,45</sup></li> <li>Health care professionals should exert efforts to fully implement breastfeeding support for mothers of late preterm infants who intend to breastfeed, in particular optimizing breast milk expression and promoting kangaroo mother care<sup>45</sup></li> <li>Educating NICU staff about breastfeeding the preterm infant (benefits of breastfeeding the preterm infant, preterm mammary physiology, use of breast pumps, and the establishment of preterm infant feeding) is associated with improved NICU nurse knowledge and attitudes related to breastfeeding, as well as increased rates of in-hospital breastfeeding, mother/infant skin-to-skin contact, and cup feeding<sup>5,14,15</sup></li> <li>Ensuring that all NICU staff receive breastfeeding education is one way to promote consistency in the breastfeeding teaching mothers receives<sup>19</sup></li> <li>In order to provide the best care, support and outcomes for mothers and their newborn infants, all health professionals working with pregnant women, new mothers and babies in the early weeks of life, need training and education regarding in the promotion of breast feeding and how to prevent and treat breast feeding problems<sup>5</sup></li> <li>Activities associated with breastfeeding support in the NICU, such as communicating with mothers to develop an individualized feeding plan, assisting with direct breastfeeding or providing pump supplies, has been demonstrated to improve care and patient satisfaction<sup>17</sup></li> <li>It is essential that the team is sensitive to this complex situation and provides necessary guidance to the mothers in a fragmented way, facilitating their learning<sup>14</sup></li> <li>The existence of breast milk pumps optimize breastfeeding<sup>14,15</sup></li> <li>The clinician should work with the family to develop a strategy that permits as much direct feeding at breast as possible, while still ensuring that the maternal milk supply is protected and that the infant receives sufficient hydration and nutrition<sup>14,18</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infant exposure to the breast may safely occur before less than 32 weeks<sup>17</sup></li> <li>Breast milk feeding at discharge was statistically associated with putting the neonate directly to breast, initiating the first sucking oral feeding at the breast, and lower gestational ages at first successful feeding at the breast<sup>17</sup></li> <li>By fostering direct breastfeeding as early as possible and enabling the first oral feed to be at the breast, the number of times an infant is directly breast-fed can be fostered and potentially improve success with breast milk feedings until discharge<sup>14,15</sup></li> <li>The preterm infant should have as much direct feeding at breast as possible<sup>14</sup></li> <li>It is important to observe and interpret preterm infant's behavior specifically, with regard to feeding, "cue-based" oral feeding, which is the ability to recognize signs of readiness for feeding and signs of distress that occur during feeding. It can enhance the development of preterm infants' oral skills, allowing the infant to learn to feed efficiently and safely<sup>18,19</sup></li> <li>A breast pump serves as a necessary substitution for direct breastfeeding in the preterm infant, but the mechanism of milk expression differs from the infant suckling directly from the breast<sup>14</sup>. Oftentimes feeding the preterm newborn implies attempting to feed the infant at breast followed by use of a breast pump and feeding any expressed milk (or formula supplement) to the infant by bottle or gastric tube<sup>44</sup></li> <li>Infants supplemented by tube or cup compared with bottle-feeding had significantly longer breastfeeding duration after discharge. A final clinical support is limiting pacifier use during infants' transition to complete breastfeeding<sup>15</sup></li> <li>Nasogastric versus bottle supplementation during the transition to oral feedings demonstrated preliminary evidence of positive effects on breastfeeding duration<sup>17</sup></li> <li>Breastfeeding positions that support the head and neck can facilitate milk intake, but many preterm will benefit from temporary use of an ultra-thin nipple shield – it creates the nipple shape so that suction pressure is not necessary. Similarly once the infant is properly placed on the breast with the shield, strong negative pressure within the tunnel of the shield facilitates milk transfer to the infant, provided that the maternal milk supply is adequate<sup>14,18</sup></li> </ul>



**Society**  
 Proactive breastfeeding support from family and friends, health services and the community encourages women to continue to breastfeed when problems related to breastfeeding or infant care occur. Changes to societal expectations so that breastfeeding is viewed as the 'normal' way to feed infants? Dissemination and implementation of breastfeeding policies and recommendations will promote a positive breastfeeding environment and have a positive impact on social and public health policy, health promotion and clinical practice.<sup>7</sup>  
 Access to lactation counselors and support for the breastfeeding dyad during the transition to breastfeeding the premature infant at home are important goals<sup>14</sup>

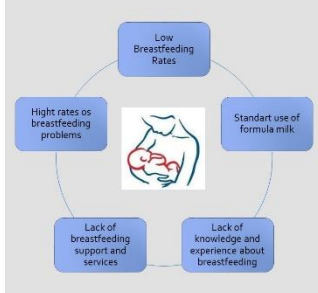
**Background**  
 The skills required to start oral feeding develop as the preterm newborn becomes hemodynamically stable and its corrected gestational age allows the coordination of breathing and swallowing with appropriate oromotor functioning.  
 It can vary from days to months, the length of time from the beginning of the oral feeding until it is fully established and complete, in order to allow an adequate intake of calories that favors the growth and the physiological stability of the preterm newborn. This transitional period must be adapted to the individual characteristics of each baby.  
 Inclusion Criteria: The current scoping review will consider studies that include newborn to 36-6 weeks of gestational and corrected age, Hemodynamically stable, without neurological and anatomical orofacial problems.

**Objective:** To map the influencing factors of exclusive breastfeeding and their relation to early oral feeding.

**Methods:** The search strategy aimed to find both publish and unpublished English language studies. Search of CINAHL and MEDLINE, was undertaken to identify and map articles, followed by analysis of the text words contained in the articles in the titles and abstracts. This scoping review only include relevant evidence to present clinical practice published from 2010.



**Conclusion:** The development of specific interventions will make it possible to overcome the challenges that may arise in the promotion and protection of breastfeeding in this specific population.



**World Health Organization**  
 Worldwide, about 15 million babies (more than 10% of all births) are born preterm.

Breastfeeding is the best way to provide infants with the nutrients they need. WHO recommends exclusive breastfeeding starting within one hour after birth until a baby is 6 months old. Nutritious complementary foods should then be added while continuing to breastfeed for up to 2 years or beyond.

Breastmilk promotes sensory and cognitive development, and protects the infant against infectious and chronic diseases. Exclusive breastfeeding reduces infant mortality due to common childhood illnesses such as diarrhoea or pneumonia, and helps for a quicker recovery during illness.

**American Academy of Pediatrics**  
 DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®  
 The American Academy of Pediatrics has stated that breastfeeding is not just a matter of personal choice, but is a major public health issue.

1. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 2. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 3. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 4. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 5. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 6. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 7. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 8. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 9. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 10. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 11. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 12. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 13. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 14. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 15. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 16. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 17. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 18. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 19. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 20. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 21. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 22. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 23. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 24. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 25. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812  
 26. Antunes LS, Curado MA, Antunes LS, Curado MA. Barriers to breastfeeding in the preterm newborn: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;34(12):2155-2165. doi:10.1111/jocn.15812



# Factors that Influence Exclusive Breastfeeding in Preterm Infant

Author: L.S.B. Antunes RN, MSN Student, ESEL, Lisbon, Portugal; [antuneslsb@estgp.edu.pt](mailto:antuneslsb@estgp.edu.pt); 00351 964254795
   
 Co-author: M.A.S. Curado, RN, MS, PhD, Coordinator Professor, ESEL, Lisbon, Portugal; [curado@estgp.edu.pt](mailto:curado@estgp.edu.pt); 00351 964254795



**Background:** Preterm newborn experience several stages of feeding until it is possible for them to be breastfed, and the ideal moment to start oral feeding is not yet consensual. Breastfeeding a preterm newborn can be difficult, and it becomes necessary to acquire knowledge in order to elaborate an individualized feeding plan that allows to define a safe time for each preterm newborn to initiate oral feeding, and that also compensates the immature feeding skills, promoting proper breast stimulation until breastfeeding is possible. The ability to suckle is not developed at a well-defined gestational age, being related to multiple aspects of the preterm newborn, its mother and the clinical practice itself. Early oral feeding implies the ability of the preterm newborn to remain engaged with a task that is physiologically and behaviorally challenging but that will bring long-term benefits to their brain, body, and experienced development.

**Objective:** Develop competencies for specialist nurse in health care of children; and develop a caring process in view of promote the Breastfeeding of the preterm infant.

## When to start?

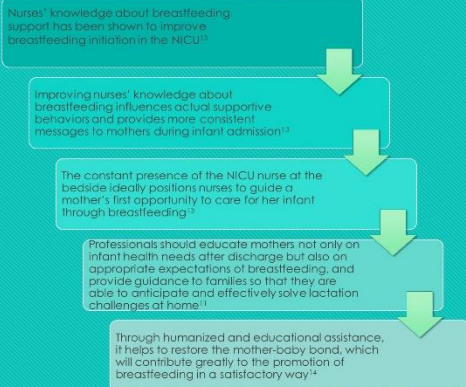
Infant exposure to the breast may safely occur before less than 32 weeks<sup>1</sup>, as soon as the preterm infant is physiologically stable - breastfeeding maintains infants' oxygen saturation and increases body temperature. In comparison to physiological distress seen during the transition to bottle-feeding. The time to transition from initial exposure to the breast with a lick to a complete breastfeeding session varies on the basis of individual infants' physical health and neurodevelopment. Other factors impacting successful transition to breastfeeding include daily skin-to-skin contact, cue-based feeding, alternative feedings methods of enteral tube feeding and minimal use of pacifiers during the infants' transition to breastfeeding<sup>25</sup>.



## Practice Initiatives to Support Evidence-Based Breastfeeding Implementation<sup>26</sup>

- Breast milk is the gold standard of nutrition for preterm infants. Early initiation of breastfeeding is best practice of preterm infants after reaching physiological stability.
- Although infants less than 32 weeks' PCA need several weeks to transition from exposure to the maternal breast to full breastfeeding session, both the infant and mother benefit.
- Support skin-to-skin contact within 24 h of delivery and then frequently, and continuously
  - Facilitate mothers pumping after delivery and maternal presence at the bedside
  - Assess signs of feeding readiness to initiate breastfeeding
  - Encourage mothers to breastfeed when infants demonstrate feeding cues
  - Offer nonnutritive sucking before transitioning to breastfeeding
  - Supplement infant with enteral feeding if infant shows no feeding cues
  - Enroll infants 32 to 36 weeks for semi demand feeding after 1 to 3 successful BF in previous 24h
  - Facilitate BF support by lactation consultants, peer counselors, and professional medical team for mothers and infants to transition to exclusive breastfeeding
  - Assess infant weight before and after breastfeeding

## Professional role



## BREAST IS THE BEST

**INFANT POSITIONING AT THE BREAST** Depending on gestational age and infant weight, positioning can often be the most challenging part of successful breastfeeding. Without the proper position, most infants are unable to successfully latch and suck, which may lead to sore and cracked nipples, inadequate emptying of the breast, and poor nutritional intake<sup>27</sup>.

**FEEDING CUES** The best time to breastfeed any infant is when the baby is in a quite alert state and exhibiting feeding cues. Typical feeding cues include hand-to-mouth movement, sucking on the hands, audible sucking sounds, rooting behaviors, mouthing movements, and gentle tongue flicking<sup>28</sup>.

**Keep the infant close to the mother's body, with the chin and stomach's turned in or facing the mother's abdomen for a successful latch<sup>29</sup>.**

**LATCH** Without proper latch, premature infants with weak or inadequate suck reflexes, are at risk for receiving little to no milk. If the infant has no mouth/ment displacement what appears to be vigorous or active sucking. Once the mouth is adequately opened, encourage the mother to quickly but gently guide the baby's head over the nipple, bring the mouth open as much of the areola as possible<sup>27</sup>.

**NIPPLE SHIELDS** Proper nipple shield use increases milk transfer in preterm infants as it may ease the work of breastfeeding. Ultrathin silicone nipple shields are placed over the nipple and areola, assisting the infant with latch. The shield should not move in and out of the infant's mouth with sucking<sup>30</sup>.

**SUPPORT DURING THE FEEDING** During the first breastfeeding attempt it is important that the NICU nurses provide both physical and psychological support and encouragement to the mother and family, reassuring the mother that she is doing a good job. Let her know that it is normal for premature infants to suck a few times, rest, and then suck some more and that it is not unusual for the infant to fall asleep during a feeding<sup>31</sup>.

Remind the mother that breastfeeding is a learned art that will take time for her, the baby, and all family members to learn. Ultimately, it will be the mother's decision to initiate and then continue to breastfeed.

## Ten Steps to Successful Breastfeeding Expanded for Neonatal Wards

1. Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.
2. Educate and train all staff in the specific knowledge and skills necessary to implement this policy.
3. Inform all hospitalized pregnant women at risk for preterm delivery or birth of a sick infant about the management of lactation and breastfeeding and benefits of breastfeeding.
4. Encourage early, continuous, and prolonged mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo mother care) without unjustified restrictions. Place babies in skin-to-skin contact with their mothers immediately following birth for at least an hour. Encourage mothers to recognize when their babies are ready to breastfeed and offer help if needed<sup>3</sup>.
5. Show mothers how to initiate and maintain lactation and establish early breastfeeding with infant stability as the only criterion.
6. Give newborn infants no food or drink other than breast milk, unless medically indicated.
7. Enable mothers and infants to remain together 24 hours a day.
8. Encourage demand feeding or, when needed, semi-demand feeding as a transitional strategy for preterm and sick infants.
9. Use alternatives to bottle-feeding at least until breastfeeding is well established and use pacifiers and nipple shields only for justifiable reasons.
10. Prepare parents for continued breastfeeding and ensure access to support services/groups after hospital discharge.

**Results/Conclusion:** In order to promote exclusive breastfeeding up to six months of life in preterm infants it is essential to develop strategies that include the evaluation and constant follow-up of breastfeeding. It is necessary to rethink and reorganize the model of care for mothers of preterm birth regarding the difficulties of breastfeeding during the period of maternity stay, allowing greater contact between mother and baby and more information that demystify breastfeeding in preterm infants. Changing an individual's knowledge and skills will not effectively change breastfeeding rates if healthcare systems do not recognize the importance of breastfeeding and implement evidence-based strategies to promote and support breastfeeding in the antenatal, peripartum and postnatal period. Admission to the NICU poses a unique challenge for families, yet the added hospitalization time can be used to increase family preparedness for breastfeeding after discharge.

1. Bello, C., Jochheim, L., Cong, G., Curran, E., Patel, A. An Integrative Review of Factors that Influence Breastfeeding Initiation for Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Pediatr Nurs*. 2019;44:299-301.
   
 2. Jochheim, L., Bello, C., Hagan, A., Rowland, E., et al. Correlates of Preterm Infant Skin-to-Skin Contact with Breastfeeding Success. *Adv Neonatal Care*. 2019;20(1):10-17.
   
 3. Curado, M.A.S., Antunes, L.S.B. (2019) Evidence-Based Breastfeeding Implementation in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Neonatal Intensive Care*. 14(1):1-10.
   
 4. Jochheim, L., Bello, C., Hagan, A., Rowland, E., et al. Correlates of Preterm Infant Skin-to-Skin Contact with Breastfeeding Success. *Adv Neonatal Care*. 2019;20(1):10-17.
   
 5. Curado, M.A.S., Antunes, L.S.B. (2019) Evidence-Based Breastfeeding Implementation in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Neonatal Intensive Care*. 14(1):1-10.
   
 6. Curado, M.A.S., Antunes, L.S.B. (2019) Evidence-Based Breastfeeding Implementation in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Neonatal Intensive Care*. 14(1):1-10.
   
 7. Curado, M.A.S., Antunes, L.S.B. (2019) Evidence-Based Breastfeeding Implementation in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Neonatal Intensive Care*. 14(1):1-10.
   
 8. Curado, M.A.S., Antunes, L.S.B. (2019) Evidence-Based Breastfeeding Implementation in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Neonatal Intensive Care*. 14(1):1-10.
   
 9. Curado, M.A.S., Antunes, L.S.B. (2019) Evidence-Based Breastfeeding Implementation in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Neonatal Intensive Care*. 14(1):1-10.
   
 10. Curado, M.A.S., Antunes, L.S.B. (2019) Evidence-Based Breastfeeding Implementation in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Neonatal Intensive Care*. 14(1):1-10.



# **Apêndice 9**

Poster Apresentado nas Comemorações do 9.º  
Aniversário da ESEL



# Alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo. Fatores promotores da amamentação exclusiva: Protocolo de Scoping Review.

Leonor Antunes, RN, Estudante Mestrado Enfermagem SIP; Maria Alice Santos Curado, RN, Professora Coordenadora – ESEL



## Estado da Arte

A Organização Mundial da Saúde recomenda que as crianças sejam amamentadas de forma exclusiva até os seis meses como medida para a redução do risco de morbidade e mortalidade. Nos recém-nascidos pré-termo, devido à sua imaturidade, podem surgir dificuldades na alimentação não sendo consensual o momento ideal para iniciar a alimentação oral. Acontecimentos ligados às práticas hospitalares podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno, podendo contribuir para o sucesso ou não da amamentação.

**Objetivo:** Identificar os fatores relacionados com a alimentação oral precoce, do recém-nascido pré-termo, que influenciam a amamentação exclusiva.

**Questão de Pesquisa:** Quais os fatores relacionados com a alimentação oral precoce, do recém-nascido pré-termo, que influenciam a amamentação exclusiva.

## Metodologia

**Descritores:** alimentação oral; recém-nascido pré-termo; amamentação

### Critérios de Exclusão

Recém-nascidos com IG /IG Corrigida > 36+6 semanas, com patologia respiratória e/ou com alterações anatómicas orofaciais

### Estratégia de Pesquisa

Bases de dados CINAHL e MEDLINE, Full Text, através da plataforma EBSCO. Português e Inglês (2005-2016)

#### Descritores CINAHL

S1 "Infant, premature" – Termo de indexação  
S2 "Oral feeding" – Linguagem natural  
S3 "Breastfeeding" – Linguagem natural

#### Pesquisa CINAHL

S1 AND S2 AND S3 – 11 resultados  
S1 AND S2 – 234 resultados  
S1 AND S3 – 96 resultados  
(S1) AND ( S3 OR S4 ) - 96 resultados

#### Descritores MEDLINE

S1 "Infant, premature" – Termo de indexação  
S2 "Oral feeding" – Linguagem natural  
S3 "Breastfeeding" – Linguagem natural

#### Pesquisa MEDLINE

S1 AND S2 AND S3 – 13 resultados  
S1 AND S2 – 124 resultados  
S1 AND S3 – 312 resultados  
(S1) AND ( S3 OR S4 ) - 312 resultados

## Considerações

Não é consensual o momento ideal para se iniciar a alimentação oral tanto na prática como na literatura. Usualmente, a decisão de iniciar a amamentação baseia-se no peso e na idade gestacional, sem considerar as competências oro-motoras e os aspetos globais do recém-nascido pré-termo, o que pode levar à diminuição da produção láctea e ao desmame precoce.

Têm surgido evidências que recém-nascidos pré-termo com 32 semanas de Idade Gestacional Corrigida encontram-se capazes de iniciar e manter a amamentação.

A capacidade de mamar relaciona-se com múltiplos fatores do recém-nascido pré-termo, da mãe e da própria prática clínica.

Acontecimentos ligados às práticas hospitalares podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno, podendo contribuir para o sucesso ou não da amamentação.

Apesar de conhecidos os benefícios do aleitamento materno tanto para os recém-nascidos como para a mãe, a incidência da amamentação e a sua permanência após a alta hospitalar continua baixa nos recém-nascidos pré-termo.

## Referências Bibliográficas

- Toma, T. S., Rea, M. F. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*, Vol 24, 235-246.
- Walker, M. (2008). Breastfeeding the Late Preterm Infant. *JOGNN*, 37, 692-701.
- Levi, L., Bérdoio, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês.
- Sochi, C., Gauy, J., Fujinaga, C., Fonseca, L., Zamberlan, N. (2010). Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol 23, 540-545.
- Kenner, C. & McGrath, J.M. (2004). *Developmental Care of Newborns & Infants – A guide for health professionals*. St. Louis: Mosby.
- Thoyre, S. M., Shaker, C. S., Pridham, K. F. (2005). The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants. *NIH Public Access. Neonatal Netw*, 24, 7-16.
- Sochi, C., Ferreira, F., Góes, F., Fujinaga, C., Ferencini, G., Leite, A. (2008). Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol 7, 145-154.

# **Apêndice 10**

Poster apresentado na Conferência  
Internacional Aleitamento Materno 2017



# Promoção da Amamentação Exclusiva no Recém-nascido Pré-termo



Autora: **Leonor S. B. Antunes**, Enfermeira UCIENP, Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE Amadora, Aluna do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL, Lisboa, leonor.s.antunes@gmail.com, Co-autora: **Maria Alice Santos Curado**, Professora Coordenadora, Departamento de Saúde da Criança e do Jovem, ESEL

**Resumo:** Fisiologicamente a alimentação oral é considerada a atividade comportamental que implica maior organização por parte do recém-nascido pré-termo. Este tem de manter-se envolvido numa tarefa que é fisiológica e comportamentalmente desafiante, mas que lhe trará a longo prazo benefícios para o seu desenvolvimento cerebral, corporal e experiencial. Pode variar desde dias a meses o tempo necessário desde o início da alimentação oral até esta ser completa, sendo que este período de transição deve ser adaptado às características individuais de cada recém-nascido. Amamentar um recém-nascido pré-termo pode ser difícil, sendo necessária a aquisição de conhecimentos por parte dos profissionais, para a elaboração de um plano de alimentação individualizado que compense as competências alimentares imaturas e promova uma estimulação da mama adequada até que seja possível amamentar.

**Objetivo:** Mapear os fatores de influência da amamentação exclusiva e sua relação com a alimentação oral precoce.

## O ponto de partida: Scoping Review

**Background:** As competências necessárias para a iniciação da alimentação oral desenvolvem-se à medida que o recém-nascido pré-termo se encontra hemodinamicamente estável e a sua idade gestacional / corrigida lhe permite a coordenação da respiração e deglutição com o funcionamento oromotor adequado. Pode variar desde dias a meses o tempo necessário desde o início da alimentação oral até esta ser completa, de forma a permitir uma adequada ingestão de calorias que favoreça o crescimento e a manutenção fisiológica do recém-nascido pré-termo. Este período de transição deve ser adaptado às características individuais de cada recém-nascido pré-termo.

**Objetivo:** Identificar os fatores relacionados com a alimentação oral precoce, do recém-nascido pré-termo, que influenciam a amamentação exclusiva.

**CrITÉRIOS de Inclusão:** Estudos que incluem recém-nascidos até às 36+6 semanas de idade gestacional / corrigida, hemodinamicamente estáveis, sem alterações neurológicas ou anatómicas orofaciais.

**Estratégia de Pesquisa:** Seleção de estudos de língua portuguesa e inglesa publicados e não publicados nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, análise das palavras-chave contidas nos artigos, títulos e resumos, incluindo a evidência relevante desde 2010.

## Amamentação no recém-nascido pré-termo Quando iniciar? Iniciativas de suporte à amamentação

A exposição do recém-nascido pré-termo à mama pode ocorrer de forma segura antes das 32 semanas de idade gestacional / corrigida desde que este se encontre hemodinamicamente estável. A amamentação permite que o RN PT mantenha uma saturação de oxigénio adequada e aumenta e regula a sua temperatura corporal quando comparado com o distúrbio fisiológico observado na transição para a alimentação oral por biberão. O tempo necessário desde a exposição inicial à mama apenas para cheirar e lambe até à amamentação que permita uma ingestão de leite adequada, varia de acordo com o estado de saúde e neurodesenvolvimento de cada recém-nascido.<sup>35</sup>

- Promover o contacto pele-a-pele / Canguru nas primeiras 24h de vida e seguidamente de forma frequente e contínua
- Estimular a produção de leite materno através da extração por bomba junto à cabeceira do RN
- Identificar os sinais de prontidão para a alimentação oral
- Incentivar as mães a amamentar quando o RN demonstra sinais de prontidão para a alimentação oral
- Suplementar a amamentação com alimentação por sonda gástrica em vez de biberão
- Avaliar o peso do RN antes e após a mamada
- Promover o apoio à amamentação por conselheiros em aleitamento materno e equipas de saúde com conhecimentos diferenciados na área da amamentação.

## O Papel dos Profissionais



**Resultados / Conclusão:** A capacidade de mamar encontra-se relacionada com múltiplos fatores do recém-nascido pré-termo, da mãe e da própria prática clínica. Não é consensual o momento ideal para se iniciar a alimentação oral tanto na prática como na literatura, pelo que é fundamental uma avaliação individual por parte dos enfermeiros, para que seja possível identificar o momento seguro para cada recém-nascido pré-termo, bem como proporcionar intervenções específicas para apoiar os desafios que possam surgir na promoção e proteção da amamentação nesta população específica.

**Referências Bibliográficas**

1. FROST, C.; VIGNOLI, A.; LEE, K.; LITTLE, R. (2014). 'A breastfeeding review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants'. *BMJ Open*, 8(4), e005610.

2. GARDL, E.; MATHIAS, J. (2014). 'The role of the nurse in promoting breastfeeding in the preterm infant'. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(2), 100-106.

3. LUCAS, R. S. JR. (1993). 'Short-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 124(1), 10-16.

4. LUCAS, R. S. JR. (1995). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 127(1), 10-16.

5. LUCAS, R. S. JR. (1997). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 131(1), 10-16.

6. LUCAS, R. S. JR. (1999). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 135(1), 10-16.

7. LUCAS, R. S. JR. (2001). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 139(1), 10-16.

8. LUCAS, R. S. JR. (2003). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 143(1), 10-16.

9. LUCAS, R. S. JR. (2005). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 147(1), 10-16.

10. LUCAS, R. S. JR. (2007). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 151(1), 10-16.

11. LUCAS, R. S. JR. (2009). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 155(1), 10-16.

12. LUCAS, R. S. JR. (2011). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 159(1), 10-16.

13. LUCAS, R. S. JR. (2013). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 163(1), 10-16.

14. LUCAS, R. S. JR. (2015). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 167(1), 10-16.

15. LUCAS, R. S. JR. (2017). 'The long-term effects of breastfeeding on weight gain and growth in the preterm infant'. *Journal of Pediatric*, 171(1), 10-16.

# **Apêndice 11**

Guião entrevista exploratória  
semiestruturada

## Guião entrevista semiestruturada

### Guião entrevista semiestruturada

#### Objetivos:

- Compreender quais os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre as vantagens do aleitamento materno, especificamente para os recém-nascidos pré-termo
  - Conhecer quais as normas instituídas para a introdução da alimentação oral nos recém-nascidos pré-termo.
- 
- Como é realizada a introdução da alimentação oral nos recém-nascidos pré-termo?
  - É utilizado alguém instrumento de avaliação das competências orais dos RNPT?
  - Quem inicia a estimulação oral precoce e de que forma é realizada?
  - Quais os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre amamentação na prematuridade e de que forma foram adquiridos?
  - Quais os conhecimentos da equipa sobre métodos de alimentação alternativos à tetina?
  - De que forma será mais eficaz a transmissão de informação à equipa de modo a implementar medidas promotoras do aleitamento materno e introdução oral precoce?

# ▪ **Apêndice 12**

Sessão de Formação

Alimentação oral precoce no recém-nascido pré-termo

- Fatores promotores da amamentação exclusiva
- Aplicação da escala Early Feeding Skills



**ALIMENTAÇÃO ORAL PRECOCE NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO**  
**- FATORES PROMOTORES DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA**  
**- APLICAÇÃO DA ESCALA EARLY FEEDING SKILLS**

Fevereiro, 2017

Leonor Sofia Barnabé Antunes, 6726

Professora: Maria Alice Curado

Loures, Hospital Beatriz Ângelo

## Objetivos

- Incentivar os enfermeiros a implementar medidas associadas aos fatores promotores da amamentação e aleitamento materno.
- Identificar as competências para a alimentação oral do recém-nascido através da aplicação da Escala de Avaliação das Competências Precoces na Alimentação Oral – Early Feeding Skills - Versão Modificada;
- Compreender o conjunto das competências precoces dos Recém-Nascidos Pré-Termo, tendo em conta a avaliação das capacidades destas crianças para o processo da introdução da alimentação oral

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Introdução



Amamentar recém-nascidos pré-termo é, sem dúvida, um desafio. Estes apresentam imaturidade fisiológica e neurológica, hipotonia muscular e hiper-reatividade aos estímulos do meio ambiente, permanecendo em estágio alerta por períodos muito curtos.

Apesar do inadequado controle da sucção/deglutição/respiração, um RN PT é capaz de alimentar-se ao peito, desde que com auxílio e apoio apropriados. A equipa de saúde multidisciplinar necessita não só estar convencida das múltiplas vantagens do aleitamento materno como também integrar o apoio da lactação nos cuidados diários ao recém-nascido e sua família.

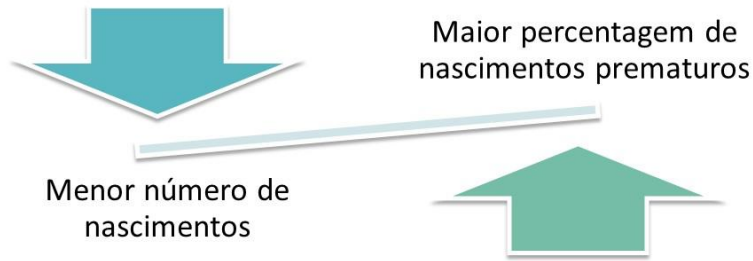
(Nascimento & Issler, 2004)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes



# Dados Internacionais



15 milhões de bebês prematuros → 1 em cada 10 recém-nascidos

(WHO, 2015)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Organização Mundial da Saúde

A Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância recomendam que:

- As crianças sejam amamentadas de forma exclusiva até os seis meses
- A alimentação complementar seja iniciada gradualmente mantendo a amamentação até pelo menos os dois anos de idade, como medida para a redução do risco de morbidade e mortalidade

(Toma, T. S., Rea, M. F., 2008)

O programa “Every Newborn | An Action Plan to End Preventable Deaths” propõe para 2050 como meta nutricional 50% de aleitamento materno exclusivo em todos países, o início precoce da amamentação e que esta seja exclusiva até aos seis meses de idade

(WHO, 2014)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## O Recém-nascido Pré-termo



(Underwood, 2013)

(Scochi, Gauy, Fujinaga, Fonseca & Zamberlan, 2010)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Leite Materno

O leite materno é universalmente aceito como sendo o melhor alimento para os RN saudáveis/doentes, de termo / pré-termo, por oferecer vantagens económicas, imunológicas, nutricionais, endocrinológicas e emocionais.



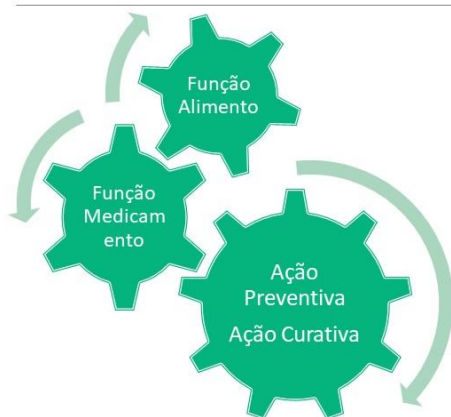
O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, recomendado para praticamente todos os recém-nascidos, salvo raras exceções

(Levi & Bértolo, 2012)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Leite Materno



- Fornece todos os macro e micro nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento físico, intelectual e emocional, num dos períodos mais importantes da vida humana.

(Neto, 2006)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Leite Materno

### O leite materno varia:

- De mulher para mulher
- Com a idade gestacional do bebé
- Com a dieta materna
- Com a altura do dia
- Com o tempo que passou após o parto
- Durante a mesma mamada
- Com qual a mama que é oferecida primeiro
- Com o tempo do ciclo menstrual da mãe
- Com o numero de gravidezes anteriores
- Dependendo da forma de como o leite é obtido

(Newman, 2012)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Leite Materno de mães de RN PT

É um bem de primeira necessidade, essencial para um normal desenvolvimento do RN PT que viu subitamente interrompida a cascata continua de fatores de crescimento que recebia diretamente da mãe e da placenta. A sua produção por vezes é escassa, o volume e a composição são variáveis ao longo do dia, dos dias e dos meses. É específico da espécie e é personalizado; é produzido pela mãe daquela criança para aquela criança e é ela que dele tirará o maior proveito.

(Neto, 2006)



- Maior quantidade de proteína e níveis mais altos de moléculas bioativas.
- Proporciona um crescimento e desenvolvimento neurológico mais adequados
- Diminui o risco de infeções.

(Underwood, 2013)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Vantagens do Aleitamento Materno - Para a criança

### Prevenção

Infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias

Alergias - proteína do leite de vaca

Diabetes e de linfomas

(Levi & Bértolo, 2012)

### Redução

Infeções respiratórias na infância

Médias mais baixas de pressão sanguínea e de colesterol total

Prevalências de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2

(Toma, & Rea, 2008)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Vantagens do Aleitamento Materno - Para a mãe

### Prevenção

Protege de uma nova gravidez

Menor risco de hemorragia - facilita a involução uterina precoce

(Martinez & Camelo, 2001)

### Redução

Risco de osteoporose

Menor taxa de cancro da mama

Menor taxa de cancro do ovário

(Levi & Bértolo, 2012)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

# Amamentação



Processo psicossomático complexo

O leite é produzido na mama sob indicações cerebrais

Bebê e mãe estabelecem uma ligação única com características específicas através do contacto físico, visual e afetivo

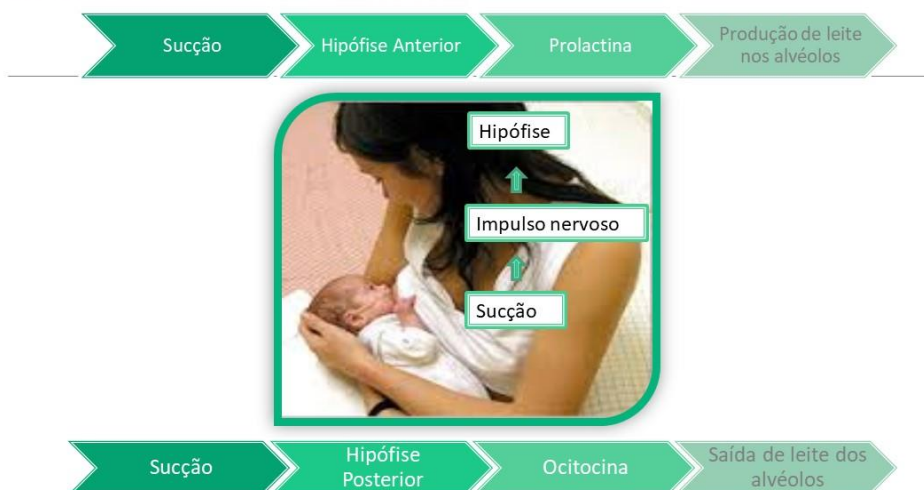
Processo interativo das necessidades físicas e psicológicas da mãe e do bebê

(Saraiva, 2010)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Fisiologia da Lactação



Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Amamentar o RN PT

- Amamentar um recém-nascido pré-termo pode ser difícil, sendo necessária a aquisição de conhecimentos para a elaboração de um plano de alimentação individualizado que compense as competências de alimentação imaturas e promova uma estimulação da mama adequada até que seja possível à mãe amamentar.

(Walker, 2008)

- Usualmente, a decisão de iniciar a amamentação baseia-se no peso e na idade gestacional, critérios ponderados isoladamente, sem considerar as competências oro-motoras e os aspetos globais do recém-nascido pré-termo, o que pode levar à diminuição da produção láctea e ao desmame precoce.

(Socchi, Ferreira, Góes, Fujinaga, Ferecini & Leite, 2008)



Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes



# Amamentar o RN PT



A capacidade de mamar não se encontra desenvolvida numa idade gestacional definida → encontra-se relacionada com múltiplos fatores do recém-nascido pré-termo, da mãe e da própria prática clínica.

(Maastrup, Hansen, Kronborg, Bojesen, Hallum, Frandsen, Kyhnaeb, Svarer & Hallstro, 2014)

Todos os recém-nascidos devem ser adaptados à mama, apesar de nos pré-termo com menos de 34 semanas o reflexo de sucção poder ser ainda ineficaz para extrair leite da mama suficiente para suprimir as suas necessidades nutricionais → nem todos os recém-nascidos com a mesma idade gestacional têm as mesmas competências de alimentação.



A adaptação precoce à mama ajuda a uma mais rápida maturação das competências alimentares e estimula a produção de leite materno.

(Sankar, et al, 2008)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes



## Constituintes Leite Materno Vs. Formula



	Leite Materno	Leite Artificial
Propriedades Anti-infecciosas	Presente	Ausente
Proteínas	Quantidade adequada Fácil digestão	Parcialmente modificadas
Lípidos	Quantidade suficiente em ácidos gordos e lípase para a digestão	Quantidade insuficiente em ácidos gordos e lípase não presente
Minerais	Quantidade adequada	Parcialmente adequada
Ferro	Pouca quantidade Fácil absorção	Adicionado Difícil absorção
Vitaminas	Quantidade suficiente	Vitaminas adicionadas
Água	Suficiente	Pode ser necessária mais
Fatores de Crescimento	Presentes	Ausentes

(OMS)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Fatores Promotores da Amamentação



(Scheeren, Mengue, Devincenzi, Barbosa & Gomes, 2012)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

# Fatores Promotores da Amamentação

- O sucesso da amamentação exclusiva do recém-nascido pré-termo depende ainda da quantidade de leite materno produzido → é essencial a proximidade mãe-bebê de forma a promover a amamentação frequente em livre demanda, o contacto pele-a-pele e sensibilizar a mãe sobre a necessidade do recém-nascido pré-termo de ser alimentado e o reconhecimento dos seus estados de sono / alerta.
- De forma a proporcionar o fornecimento adequado de leite que suprima as necessidades nutricionais do recém-nascido pré-termo, o leite materno deverá ser extraído manualmente ou recorrendo a uma bomba de extração.

(Briere, Lucas, McGrath, Lussier & Brownell, 2015)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Amamentação e o método-canguru



### Método Canguru

- Desenvolvido para aquecer os pré- termos em unidades onde os equipamentos não eram disponíveis
- Promove melhor desenvolvimento, crescimento e bem estar dos RN
- O contato pele a pele aumenta a produção de leite e o tempo de aleitamento
- Melhor oxigenação durante as mamadas

(Martínez & Camelo, 2001)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Amamentação e o método-canguru



### Os RN que fazem Canguru

- Irão mais provavelmente fazer a pega
- Irão mais provavelmente fazer a pega bem feita
- Irão chorar menos
- Irão ter os níveis de açúcar mais elevados no sangue
- Irão ter a temperatura da pele regulada
- Irão mamar durante mais tempo e mais exclusivamente

(Newman, 2012)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Fatores dificultadores do aleitamento materno

- Separação da díade mãe-bebê → prejudica a vinculação, aumenta a ansiedade o stress materno
- Imaturidade dos recém-nascidos → as competências oro-motoras não se encontram desenvolvidas, são incapazes de manter uma sucção ritmada, o que pode inibir o reflexo de ejeção de leite e restringir a sua ingestão
- O aleitamento materno é difícil de ser iniciado e mantido → insegurança que a própria mãe tem sobre a qualidade de seu leite e a sua capacidade de amamentar.



(Delgado & Halpern, 2005, citando Lau & Schanler, 1996; Schanler et al., 1999; Vasconcellos, 2001) (Jones & Spencer, 2005).

Leonor Antunes

## Fatores dificultadores do aleitamento materno

- A disposição física e rotinas das unidades de cuidados neonatais
- Os conhecimentos insuficientes por parte dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno → podem influenciar negativamente o êxito do estabelecimento da amamentação, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais

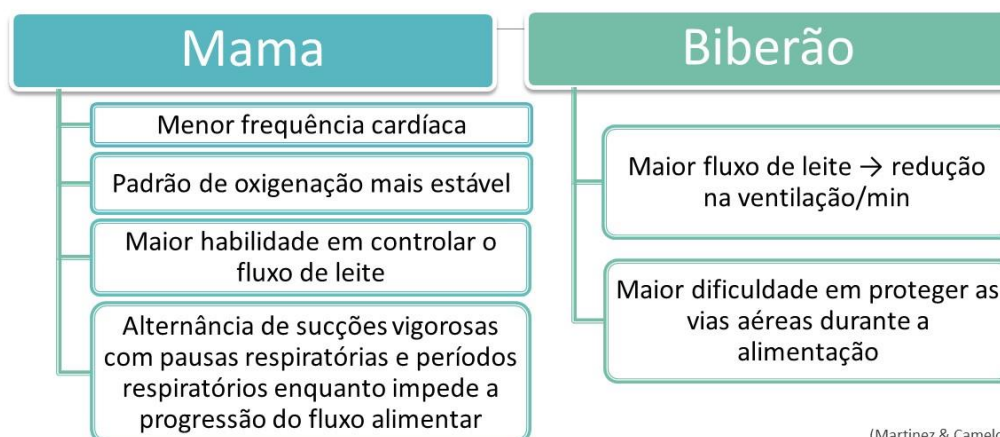


(Vannuchia, Monteiro, Réa, Andrade & Matsuo, 2004).

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Mama vs. Biberão



(Martinez & Camelo, 2001)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes



## Amamentação com Protetores de Silicone

A utilização temporária de protetores flexíveis de mamilo é contestada por alguns autores, mas tem sido indicada por outros como um facilitador da amamentação em alguns recém-nascidos prematuros.

Os protetores ultrafinos de silicone parecem aumentar a transferência de leite do peito para o RNPT, diminuindo a necessidade de complementação alimentar sem interferir na duração total da amamentação desta população específica.

Estudos demonstram que há aumento significativo da taxa de transferência de leite com o uso de mamilo intermediário quando este é corretamente utilizado e que o seu uso não prejudica o período de aleitamento materno exclusivo



(Bodley & Powers, 2000)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## A Família e a Amamentação



Durante o período de internamento nas Neonatologias muitas mães consideram que uma das suas principais funções é nutrir o seu bebé de forma a colaborar no seu crescimento e recuperação.

Poucas mães conseguem iniciar e manter uma produção adequada de leite sem receber ajuda qualificada e apoio da família → este deve ser reconhecido como fundamental para o estabelecimento da lactação

As famílias podem desempenhar um papel de notável influência na amamentação de um RN PT, devendo ser consideradas como parte integral da experiência de amamentação e importantes no suporte da díade mãe-filho.

Os profissionais de saúde precisam orientá-las de modo adequado para que ajudem as mães na tomada de uma decisão informada e consciente no que diz respeito à alimentação de seus filhos.

(Nascimento & Issler, 2004)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Alimentação Oral no Recém-nascido Pré-termo

- Atividade comportamental que implica maior organização por parte dos recém-nascidos pré-termo
- Envolve uma complexa interação entre o cérebro e o sistema nervoso central, reflexos motores-orais e múltiplos músculos da boca, faringe, esófago e face.
- Requer a coordenação rítmica entre a sucção e a deglutição de uma quantidade de leite, em simultâneo com uma respiração eficaz.
- Atividade comportamentalmente desafiante → desenvolvimento do estado de alerta e de um padrão de sucção eficaz e organizado
- Benefícios a longo prazo para o desenvolvimento cerebral, corporal e experiencial



(Kenner & McGrath, 2004)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes



## Alimentação Oral no Recém-nascido Pré-termo

Não há consenso na literatura sobre o momento adequado de se iniciar a amamentação nos prematuros.

Os indicadores tradicionais utilizados são a estabilidade fisiológica, o peso maior ou igual a 1.500 g e a idade gestacional igual ou maior que 34 semanas.



Corre-se o risco de retardar o início da sucção direta à mama.  
→ Considerar critérios comportamentais, como sugar na sonda nasogástrica, apresentar reflexo de busca durante o contato pele a pele e permanecer no estado de alerta.

(Nascimento & Issler, 2004)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

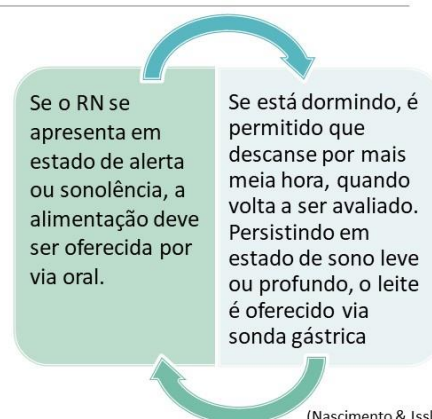
Leonora Antunes

## Alimentação Oral no Recém-nascido Pré-termo

A estimulação oral do RNPT pode acelerar a aquisição da habilidade de sucção.

O início da alimentação oral por volta das 31 semanas de idade gestacional pós-concepcional, diminui o tempo até a obtenção de toda a necessidade calórica sem necessitar de suplementar por sonda nasogástrica.

Pode-se iniciar com mamadas na mama vazia, que permitem sucção sem interferir na nutrição, complementando-se a alimentação com leite materno extraído, através de sonda gástrica.



(Nascimento & Issler, 2004)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonora Antunes

## Alimentação Oral no Recém-nascido Pré-termo

O recém-nascido pré-termo desenvolve as competências necessárias para o início da alimentação oral à medida que fica hemodinamicamente estável e a sua idade gestacional corrigida permite a coordenação da respiração e deglutição com o funcionamento oro-motor adequado.



Influências externas tais como a velocidade e o fluxo de leite, o impacto da presença de sonda orogástrica / nasogástrica e a técnica utilizada para alimentar o recém-nascido pré-termo, também vão influenciar o estabelecimento da autonomia alimentar.

(Thoyre, Shaker & Pridham, 2005)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonora Antunes

## Prontidão para a alimentação oral



(Thoyre, Shaker & Pridham, 2005)

RN PT – Estado alerta com atenção focada no momento da alimentação

Organização comportamental - tónus muscular desenvolvido de forma a manter uma postura flexora

Reflexos de busca presentes, com interesse na sucção

Capacidade de preservar a estabilidade fisiológica e autorregulação

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Prontidão para a alimentação oral



- Pode variar desde dias a meses o tempo necessário desde o início da alimentação oral até esta ser completa, de forma a permitir uma adequada ingestão de calorias que favoreça o crescimento e a manutenção fisiológica do recém-nascido pré-termo.
- Este período de transição deve ser adaptado às características individuais de cada recém-nascido pré-termo.

(Thoyre, Shaker & Pridham, 2005)

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Escala de observação *Early Feeding Skills (EFS)*

O instrumento de avaliação *EFS*, corresponde a uma escala de observação, constituída por 37 itens.

A *EFS* avalia os comportamentos de regulação do RN no processo da alimentação oral.



Foi desenvolvida para avaliar as capacidades de alimentação do RN PT, desde a primeira alimentação oral, até às 52 semanas de idade corrigida.

Esta escala pode ser aplicada em todos os momentos da alimentação do RN prematuro, seja alimentado por mama ou por tetina.



Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcelos, Curado, Maroco, 2012

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Escala de observação *Early Feeding Skills*



Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcellos, Curado, Maroco, 2012

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Escala de observação *Early Feeding Skills*



Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcellos, Curado, Maroco, 2012

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Escala de observação *Early Feeding Skills* (EFS)

O instrumento de avaliação EFS constitui-se em três fases de avaliação

- Avalia a capacidade de preparação do RN PT para o iniciar da alimentação oral

Fase 1



- Avalia as competências evidenciadas pelo RN, no decorrer da alimentação oral

Fase 2



- Avalia a tolerância à alimentação oral, nos primeiros cinco minutos após a alimentação

Fase 3



Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcellos, Curado, Maroco, 2012

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes



# Escala de observação *Early Feeding Skills (EFS)*

Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcelos, Curado, Maroco, 2012

# Escala de observação *Early Feeding Skills (EFS)*

## Descritores da Mamada:

Saturação de O<sub>2</sub> habitual \_\_\_\_\_ Freqüência respiratória habitual \_\_\_\_\_ Freqüência cardíaca habitual \_\_\_\_\_

% de O<sub>2</sub> antes da refeição \_\_\_\_\_ durante a refeição \_\_\_\_\_

Habilidade alimentar:  mantida ao longo da refeição  melhorou durante a refeição  piorou durante a alimentação

Alimentado com SOG/SNG: Sim/Não \_\_\_\_\_ Tipo de tetina usada \_\_\_\_\_ Duração da refeição (minutos) \_\_\_\_\_

Volume administrado \_\_\_\_\_ cc

Posição: Deitado  decúbito lateral  semi-levantado, frente

Acções de suporte utilizadas:	Suporte oral oferecido:	Acções passivas que não são de apoio ao desenvolvimento:
	Avaliação da Tolerância da criança - Aumento do fluxo	
<input type="checkbox"/> Reposicionamento	<input type="checkbox"/> Apoiou a mandíbula	<input type="checkbox"/> Mobilizou a mandíbula para cima e para baixo
<input type="checkbox"/> Deixou repousar a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou a base da língua	<input type="checkbox"/> Rodou/virou a tetina para o incentivar a mamar
<input type="checkbox"/> Re-acordou a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou as bochechas	<input type="checkbox"/> Apertou as bochechas de forma rítmica
<input type="checkbox"/> Tetina de fluxo baixo		<input type="checkbox"/> Apertou a tetina para o encorajar a Chuchar
<input type="checkbox"/> Regulou o fluxo		<input type="checkbox"/> Introduziu e retirou a tetina totalmente da boca para o estimular a mamar

Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcelos, Curado, Maroco, 2012

## EFS – Avaliação da Preparação da Alimentação Oral – Primeira Fase



Quando se deve iniciar a alimentação?

Consegue manter o corpo numa postura flectida c/ mãos/braços à linha média.	Sim	Não
Estádio de alerta.	Sim	Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura flectida durante a observação.	Sim	Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a tetina ou abre a boca prontamente.	Sim	Não
Linha basal de saturação de O <sub>2</sub> > 93%	Sim	Não

Pode ser iniciada a alimentação oral segura

Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcelos, Curado, Maroco, 2012

## EFS – Avaliação das Competências na Alimentação Oral – Segunda Fase



1. Capacidade de se Manter Interessado na Mamada	2. Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor	3. Capacidade em Coordenar a Deglutição	4. Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica
Estádio de alerta Tonicidade Muscular	Reflexo de preensão e busca Resposta oro-motora face à introdução de mama/tetina Padrão de sucção Sinais de stress por incapacidade de organização	Gestão do bólus de leite, perda de leite pelos cantos da boca durante a alimentação Padrão de deglutição (esforço, ruído) Presença de estridor inspiratório Episódios de engasgamento	Sat O <sub>2</sub> , FC Padrão respiratório Eficácia da respiração durante alimentação Presença de mecanismos compensatórios da respiração Realização de pausas para respirar ou necessidade que o cuidador as realize

Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcellos, Curado, Maroco, 2012

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## EFS – Avaliação da Tolerância à Alimentação Oral 5 minutos após alimentação – Terceira Fase



Permite **avaliar o impacto da alimentação** na estabilidade comportamental e fisiológica do RN PT

Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo flectido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Nível de Saturação de O <sub>2</sub> (%):				
Número de batimentos cardíacos por minuto:				

Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcellos, Curado, Maroco, 2012

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Escala de observação *Early Feeding Skills*

### Intervenções de suporte durante a alimentação

- Reposicionamento
- Deixar repousar o RN
- Re-acordar o RN
- Regular o fluxo de leite
- Apoiar as bochechas
- Apoiar o maxilar
- Apoiar a base da língua
- Utilizar uma tetina de baixo fluxo
- Realizar as pausas para o RN respirar



Nicolau, Marques, Oliveira, Vasconcellos, Curado, Maroco, 2012

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

## Conclusão

---

Hoje, como sempre, o leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido e lactente, sendo as suas vantagens universalmente reconhecidas.

A amamentação é um ato natural e fisiológico. A sua promoção continua a ser uma prioridade para os cuidados de saúde perinatais, através de políticas bem definidas e de execução simples.

A decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe, o sucesso do aleitamento materno depende dela, do recém-nascido e da intervenção segura e confiante da equipa de saúde no acompanhamento e apoio à prática da amamentação.

(Moleiro, Gomes & Nona)

## Conclusão

---

Para se evoluir relativamente à alimentação do RN PT, é necessária uma mudança de postura na assistência hospitalar, que considere a humanização e individualidade dos cuidados.

Deve ser proporcionada uma assistência individualizada, que permita maior interação dos pais com seu bebé. Os pais do RN PT devem ser vistos como colaboradores no cuidado com a criança e como presenças essenciais para um saudável desenvolvimento psicomotor e facilitação do processo de vinculação.

Para obter êxito na amamentação de prematuros e se atingirem as metas estabelecidas pela OMS, deve-se otimizar o cuidado perinatal, incluindo uma avaliação acurada e individualizada da díade, de forma a garantir o apoio necessário para o estabelecimento e a manutenção da lactação.

(Nascimento & Issler, 2004)

## Conclusão

---

A Escala de Observação Early Feeding Skills constitui uma ferramenta de avaliação para planificar cuidados e suportes mais individualizados para a aquisição da autonomia alimentar segura no recém-nascidos pré-termo.

Para viabilizar o trabalho de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo, os profissionais da área da saúde devem estar capacitados e motivados para transmitir à mãe informações consistentes sobre a amamentação.

(Nascimento & Issler, 2004)



# Referências Bibliográficas

- World Health Organization (2014). Every newborn - An Action Plan To End Preventable Deaths.
- World Health Organization (2015). Preterm birth. Fact sheet N°363. Acedido a 27-06-2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Toma, T. S., Rea, M. F. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*. Vol 24, 235-246.
- Underwood, M. (2013). Human milk for the premature infant. *Pediatric Clinics of North America*, 60, 189-207.
- Scocchi, C., Ferreira, F., Góes, F., Fujinaga, C., Ferecini, G., Leite, A. (2008). Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol 7, 145-154.
- Scocchi, C., Gaui, J., Fujinaga, C., Fonseca, L., Zamberlan, N. (2010). Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol 23, 540-545.
- Levi, L., Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comitê Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigos dos Bebês.
- Vannuchta, M. T. O., Monteiro, C. A., Rea, M. F., Andrade, S. M., Matsuo, T. (2004). Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista Saúde Pública*, 38, 422-428.
- Delgado, S., Halpern, R. (2005). Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pré-Fono Revista de Atualização Científica*, 17, 141-152.
- Briere, C., Lucas, R., McGrath, J., Lussier, M., Brownell, E. (2015). Establishing Breastfeeding with the Late Preterm Infant in the NICU. *JOGNN*, 44, 102-113.
- Scheeren, B., Mengué, A. P., Devincenzi, B. S., Barbosa, L. R., Gomes, E. (2012). Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. *Jornal Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 24, 199-204.
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno Promoção & Manutenção*. Lisboa: Edições Técnicas.
- Jones, E. & Spencer, S.A. (2005). How to achieve successful preterm breastfeeding. *Infant Journal*, 1(4), 111-115.
- Kenner, C. & McGrath, J. M. (2004). *Developmental Care of Newborns & Infants – A guide for health professionals*. St. Louis: Mosby.
- Thoyre, S. M., Shaker, C. S., Pridham, K. F. (2005). The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants. NIH Public Access. *Neonatal Netw*, 24, 7-16.
- Walker, M. (2008). Breastfeeding the Late Preterm Infant. *JOGNN*, 37, 692-701.
- Maastrup, R., Hansen, B., Kronborg, H., Bojesen, S., Hallum, K., Frandsen, A., Kynnaeb, A., Svarer, I., Hallstro, I. (2014). Breastfeeding Progression in Preterm Infants Is Influenced by Factors in Infants, Mothers and Clinical Practice: The Results of a National Cohort Study with High Breastfeeding Initiation Rates. *PLOS ONE*, 9, 1-15.
- Sankar, M. J. et al (2008). Feeding of Low Birth Weight Infants. *AIIMS-NICU Protocols. Division of Neonatology, Department of Pediatrics*. All India Institute of Medical Sciences.
- Neto, T. (2006). Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na sua prevenção. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 1(37), 23-26.
- Martinez, F., Camelo, J. (2001). Alimentação do recém-nascido pré-termo. *Jornal de Pediatria*, 77, 32-40.
- Nascimento, M., Isler, H. (2004). Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Jornal de Pediatria*, 80, 163-172.
- Bodley, V., Powers, D. (2000). Women's Experiences Using a Nipple Shield. *Journal Human Lactation*, 20, 327-334.
- Nicolau, C., Marques, L., Oliveira, S., Curado, M., Maroco, J. (2009). Competências precoces na alimentação oral do Recém-Nascido Pré-Termo Estudo de pré-validação e determinação das competências na alimentação. *Enfermagem*, 55/56, 34-41.
- Nicolau, C., Marques, L., Oliveira, Vasconcelos, T., S., Curado, M., Maroco, J. (2012). Avaliação das competências precoces na alimentação oral do recém-nascido pré-termo. Apresentação da escala de observação Early Feeding Skills. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes

# OBRIGADA!



Neonatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Leonor Antunes