

CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS EM UNIDADES NEONATAIS PORTUGUESAS

Liliana Patrícia Leitão Ferraz¹ 

Ananda Maria Fernandes² 

Manuel Gonçalves Henriques Gameiro³ 

¹Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Maternidade Daniel de Matos. Coimbra, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Coimbra, Portugal.

RESUMO

Objetivo: analisar a frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao recém-nascido prematuro em unidades de cuidados neonatais portuguesas e identificar a sua relação com variáveis organizacionais.

Método: estudo transversal, descritivo-correlacional. Utilizando técnica de amostragem não probabilística em rede, foi obtida uma amostra de 217 enfermeiros de unidades neonatais portuguesas que responderam online ao questionário *Quantum Caring Practice Self-Assessment*, traduzido e validado para enfermeiros portugueses.

Resultados: os resultados revelaram que para 65,4% dos enfermeiros as práticas de cuidados centrados no desenvolvimento são realizadas às vezes e 14,3% consideram que *raramente* são realizadas. Somente 18,9% dos enfermeiros inquiridos consideram que essas práticas são realizadas frequentemente. Destacaram-se como práticas mais frequentes, as ligadas ao Ambiente terapêutico e Prevenção da dor e stress. As menos frequentes foram as medidas de Posicionamento e Cuidados à pele. Os resultados demonstraram ainda que a frequência das práticas de cuidados desenvolvimentais difere consoante a localização geográfica das unidades e é mais elevada nas unidades com maior nível de diferenciação de cuidados e que têm instituído um programa/protocolo específico de cuidados desenvolvimentais.

Conclusão: as práticas de cuidados centrados no desenvolvimento não são realizadas de forma consistente nas unidades de cuidados neonatais portuguesas, apesar de serem exequíveis. É necessária uma mudança global na cultura das equipas, mais formação, implementação de protocolos e investimento organizacional nesta área.

DESCRITORES: Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recém-nascido prematuro. Desenvolvimento Infantil. Neonatologia.

COMO CITAR: Ferraz L, Fernandes A, Gameiro M. Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20210235. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235pt>

DEVELOPMENTAL CARE OF PREMATURE NEWBORNS: STUDY ON PRACTICES IN PORTUGUESE NEONATAL UNITS

ABSTRACT

Objective: to analyze the application frequency of the central practices of developmental care to premature newborns in Portuguese neonatal care units and to identify their relationship with organizational variables.

Method: cross-sectional, descriptive-correlational study. Using a non-probabilistic network sampling technique, a sample of 217 nurses from Portuguese neonatal units who answered the Quantum Caring Practice Self-Assessment online questionnaire was obtained, previously translated and validated for Portuguese nurses.

Results: the results revealed that for 65.4% of nurses, Developmental Care practices are sometimes performed and 14.3% consider that they are rarely performed. Only 18.9% of the nurses in the study consider that these practices are performed frequently. The most frequent practices were those related to the therapeutic environment and prevention of pain and stress. The least frequent was positioning and skin care. The results also showed that the frequency of developmental care practices differs depending on the geographical location of the units and is higher in units with a higher level of treatment differentiation and that have established a specific program/protocol of developmental care.

Conclusion: Although feasible, Developmental Care practices are not performed consistently in Portuguese neonatal care units. A global change in team culture, more training, implementation of protocols and organizational investment in this area is needed.

DESCRIPTORS: Nursing. Neonatal Intensive Care Units. Premature newborn. Child development. Neonatology.

ATENCIÓN DEL DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO: ESTUDIO SOBRE LAS PRÁCTICAS EN UNIDADES NEONATALES PORTUGUESAS

RESUMEN

Objetivo: analizar la frecuencia de aplicación de las medidas centrales de atención del desarrollo a los recién nacidos prematuros en las unidades de atención neonatal portuguesas e identificar su relación con las variables organizacionales.

Método: estudio transversal, descriptivo-correlacional. Utilizando una técnica de muestreo en red no probabilística, se obtuvo una muestra de 217 enfermeros de unidades neonatales portuguesas que respondieron el cuestionario en línea Quantum Caring Practice Self-Assessment, traducido y validado para enfermeros portugueses.

Resultados: los resultados revelaron que el 65,4% de los enfermeros a veces realizan prácticas de cuidado centradas en el desarrollo y el 14,3% considera que rara vez se realizan. Sólo el 18,9% de los enfermeros del estudio considera que estas prácticas se realizan con frecuencia. Las prácticas más frecuentes fueron las relacionadas con el ambiente terapéutico y la prevención del dolor y el estrés. Las menos frecuentes fueron las medidas de Posicionamiento y Cuidado de la Piel. Los resultados también mostraron que la frecuencia de las prácticas de atención del desarrollo difiere según la ubicación geográfica de las unidades y es mayor en las unidades con un mayor nivel de diferenciación de tratamiento y que se ha establecido un programa/protocolo específico de atención del desarrollo.

Conclusión: as prácticas de atención centradas en el desarrollo no se realizan de manera consistente en las unidades de atención neonatal portuguesas, aunque son factibles. Se necesita un cambio global en la cultura de equipo, más capacitación, implementación de protocolos e inversión organizacional en esta área.

DESCRIPTORES: Enfermería. Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Recién nacido prematuro. Desarrollo infantil. Neonatología.

INTRODUÇÃO

À escala mundial, a prematuridade é um fenômeno relevante na avaliação dos indicadores de saúde perinatal. Nascem anualmente 15 milhões de prematuros, ou seja, 1 em cada 10 bebês nasce prematuro. Apesar dos avanços ao nível dos cuidados neonatais, a prematuridade mantém-se ainda associada um elevado risco de comprometimento neurodesenvolvimental (sequelas motoras, neurossensoriais, cognitivas e/ou comportamentais), pelo que nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) é imperioso o trabalho das equipas no sentido de minimizar as complicações da prematuridade e ajudar as famílias na adaptação e capacitação face ao contexto¹⁻³.

Afastado dos estímulos endógenos maternos, o recém-nascido prematuro (RNP) é sujeito a um ambiente de cuidados intensivos que envolve uma sobrecarga de estímulos sensoriais, influentes no desenvolvimento do sistema nervoso central e, por isso, na necessidade de cuidados especiais ao nível da assistência perinatal⁴. Mesmo os RNP com internamento “sem complicações” são crianças com risco acrescido de dificuldades na aprendizagem, défice de atenção e hiperatividade, alterações visuais/auditivas, distúrbios de linguagem, perturbações emocionais/comportamentais e défice de auto-estima^{2,5}.

A evidência existente acerca da interação entre ambiente e desenvolvimento cerebral tem sido extensivamente estudada, sendo revistas e encorajadas as melhores práticas de cuidados neonatais^{1,3,6}. É neste contexto que os “cuidados centrados no desenvolvimento” (CCD) ou “cuidados desenvolvimentais” ganham mais relevo, traduzindo-se em práticas sistematizadas, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança, e adequadas às necessidades individuais de cada RNP/Família.

Os cuidados devem assentar na prevenção, não unicamente ao nível da saúde física mas também da saúde mental, pelo que são necessárias estratégias que preservem o bem-estar mental e previnam patologias associadas a um trauma de vida precoce².

A implementação de programas de intervenção precoce no período neonatal, centrados no desenvolvimento infantil, é justificada pelos seus benefícios, quer para o RNP (melhoria de parâmetros fisiológicos, melhores respostas comportamentais, neurológicas e clínicas), quer para a família (melhor perceção das suas competências parentais; menor nível de *stress*), quer para os profissionais (maior sensibilidade para os estímulos ambientais e melhor desempenho na prestação de cuidados)²⁻⁴.

Existem muitas UTIN onde já se desenvolvem práticas de CCD. Todavia, frequentemente essas práticas são inconsistentes e pouco sustentadas do ponto de vista da sua conceção, havendo necessidade de as definir enquanto CCD, e de as operacionalizar através de diretrizes/*guidelines*^{1-2,7}. Também a escassez de profissionais sensibilizados para uma prática sistemática desses cuidados sugere a necessidade de maior formação das equipas^{1-2,7}.

O modelo Universo dos Cuidados Desenvolvimentais (*UDC - Universe of Developmental Care*), alicerçado na Teoria Sináptica do Desenvolvimento, oferece um novo enquadramento das práticas de cuidados desenvolvimentais baseadas em evidências^{2,8-9}. O modelo aponta cinco medidas centrais (*core measures*) que se constituem como núcleos organizados de cuidados, respondendo às necessidades holísticas da díade RN-Família na sua interação com o ambiente:

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

A existência de vários estudos internacionais acerca da consistência das práticas de cuidados desenvolvimentais em UTIN^{3,7,9-12}, avaliada, nomeadamente, através da perceção dos profissionais sobre essas práticas, motivou a necessidade de conhecer o fenómeno na realidade portuguesa. Assim, este estudo teve como objetivos: 1) analisar a frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RNP em UTIN portuguesas do Serviço Nacional de Saúde (SNS); e 2) identificar a existência de relações entre a frequência da aplicação destas medidas e algumas características organizacionais das UTIN.

MÉTODO

Para responder aos objetivos do estudo, foi concebido um estudo descritivo-correlacional, o qual obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Foi definido, como cenário, o conjunto das 43 UTIN da rede de referência materno-infantil do Serviço Nacional de Saúde, existentes à data do estudo, pois estas representam a quase totalidade de camas de UTIN do país. A população alvo foi constituída pelos enfermeiros que trabalham nessas unidades (n=953), os quais foram convidados, através da colocação de um *banner* (anúncio fixo) na página *web* da Ordem dos Enfermeiros (OE), a participar no estudo preenchendo um questionário *online* na plataforma *Google forms*, o qual esteve disponível durante três meses. Com esta técnica de amostragem não probabilística em rede, entre 4 de novembro de 2016 e 6 de janeiro de 2017 foi obtida uma amostra de 217 enfermeiros (22,3%).

A frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RNP, na perspetiva dos enfermeiros, foi medida através da escala *Quantum Caring Practice Self-Assessment*². A escala original é constituída por 73 itens, agrupados em cinco dimensões: D1. Ambiente terapêutico [itens 1-15]; D2. Prevenção, avaliação e gestão de dor e stress [itens 16-25]; D3. Proteção do sono [itens 26-35]; D4. Atividades de vida diária adequadas à idade, a qual se divide nas subdimensões SD1. Posicionamento, SD2. Alimentação e SD3. Cuidados à pele [itens 36-59]; D5. Cuidados centrados na família [itens 60-73].

Para a realização deste estudo, a escala foi traduzida e sujeita a validação de conteúdo por um painel de peritos em enfermagem neonatal, com a devida autorização da autora. As referências de aplicação da escala *Quantum Caring Practice Self-Assessment* estavam, à data de estudo, circunscritas aos livros e ao programa desenhado pela autora^{2,10}, não havendo publicações da sua utilização em diferentes contextos. Trata-se de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (0-4), os quais correspondem à frequência percecionada pelo respondente relativamente a cada item: Nunca (0); Ocasionalmente (1); Às vezes (2); Frequentemente (3); Sempre (4). É ainda admitida a possibilidade “Não sei ou Não se aplica” (“Não sei ou N/A”), não sendo, nesse caso, atribuída pontuação. A consistência interna da versão portuguesa da escala e das suas subdimensões foi analisada, verificando-se uma elevada consistência interna (α -Cronbach=0,964), após ser retirado um item da dimensão D5. Cuidados centrados na família. Para manter a conformidade entre a análise dos resultados e o enquadramento concetual, considerou-se que a “frequência desejável/recomendada” da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RNP para as UTIN correspondia ao score \geq a 3.

As variáveis independentes consideradas foram características da UTIN que pudessem estar relacionadas com a frequência de aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RNP, nomeadamente a área de localização geográfica da UTIN (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Sul e Regiões Autónomas), a dimensão da UTIN (número de camas \leq 10/ $>$ 10), o nível de diferenciação da UTIN (realização de ventilação invasiva Sim/Não) e a existência de um programa de CCD (Sem programa/com NIDCAP/com outro programa de CCD).

Foram ainda incluídas variáveis demográficas e profissionais dos participantes (idade; sexo; grau académico; formação especializada; e tempo de exercício profissional em UTIN).

Todos os dados foram coletados através do questionário construído no *Google forms*. O questionário eletrônico era constituído por três partes: a primeira inquiria sobre os dados demográficos e profissionais dos respondentes, a região de localização geográfica da UTIN, o número de camas da UTIN, a realização de ventilação invasiva, e a existência de um programa/protocolo específico de CCD; a segunda correspondia ao *Quantum Caring Practice Self-Assessment*;² a terceira e última era uma questão aberta, destinada a identificar barreiras à prática diária de cuidados centrados no desenvolvimento do RNP. Foi realizado um teste piloto do questionário a três enfermeiros de neonatologia e dois professores de enfermagem neonatal, com realização de entrevista após o preenchimento, que permitiu aferir a clareza, fazer pequenas retificações gráficas e, simultaneamente, averiguar o tempo necessário para o total preenchimento.

O *link* do questionário, apenas disponível no site da OE, abria com informação sobre o estudo e o tipo de participação solicitada, incluindo um pedido de consentimento informado, sendo este obrigatório para que o enfermeiro tivesse acesso ao preenchimento do questionário. Foi garantida a confidencialidade das respostas, bem como o anonimato dos enfermeiros inquiridos. Apenas os investigadores principais tiveram acesso aos dados, sendo eliminados após a sua análise e interpretação.

Durante os três meses de coleta de dados, o estudo foi divulgado através de contactos telefónicos, redes sociais, grupos, fóruns e sites ligados, direta ou indiretamente, à enfermagem e aos cuidados neonatais. Dessa forma, procurou-se obter um número elevado de participantes para garantir resultados válidos.

A análise estatística dos dados foi efetuada através do programa *Statistical Package for Social Sciences 24.0* (SPSS). A variável dependente foi analisada por cada dimensão e subdimensão da escala, bem como no total da mesma, sendo determinado o respectivo *score*, correspondente à média aritmética dos itens não omissos. Essa média por dimensão, subdimensão e total só foi calculada para os casos em que se obtiveram respostas válidas para, pelo menos, 80% dos respectivos itens, o que explica os números amostrais distintos na apresentação dos resultados.

Tendo em conta a natureza das variáveis e que o pressuposto da normalidade da distribuição apenas pode ser assumido em três dimensões/subdimensões da variável dependente (*Kolmogorov-Smirnov*: $p > 0,05$), as hipóteses de investigação foram testadas com recurso aos testes não paramétricos de *Kruskal-Wallis* e de *Mann-Whitney*, para um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

O grupo de participantes foi constituído maioritariamente por mulheres (91,7%), cuja média de idade era de $38 \pm 8,6$ anos, idade mínima de 21 e máxima de 62 anos. Pouco mais de metade dos inquiridos tinha mais de 10 anos de experiência profissional em UTIN (53,5%). Apenas 15,2% dos enfermeiros afirmaram ter um tempo de experiência inferior a três anos. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes consoante as características da UTIN onde trabalham (número de camas, realização de ventilação invasiva e existência de programa de CCD). É notória a predominância de respostas de enfermeiros que trabalhavam em UTIN com mais de 10 camas e com ventilação invasiva, ou seja, unidades maiores e mais diferenciadas.

Frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais

A análise dos dados indica que 65,4% dos enfermeiros inquiridos refere que as medidas centrais de cuidados desenvolvimentais ao RNP são realizadas às vezes e apenas 18,9% referem uma aplicação frequente. Na perceção de 14,3% dos enfermeiros, essas práticas raramente são realizadas. As percentagens relativas a uma prática mais frequente de CCD, situam-se nas medidas centrais Ambiente terapêutico e Prevenção, avaliação e gestão de dor e stress. É nestas dimensões que se identificam as médias mais próximas do *score* de 3, correspondente a uma prática frequente de CCD. Na Prevenção, avaliação e gestão da dor e stress, destaca-se, contudo, um desvio padrão importante de 0,71 (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes (n=217) pelas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, consoante a região geográfica e as características das mesmas, Portugal, 2017.

| UTIN* | | Região Geográfica | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------|-------------------|----------|-----------------------|----------|-------|----------|-------------------|----------|-----|----------|-------|----------|
| | | Centro | | Lisboa e Vale do Tejo | | Norte | | Regiões Autónomas | | Sul | | Total | |
| | | n | % região | n | % região | n | % região | n | % região | n | % região | n | % região |
| Número de Camas | ≤10 camas | 33 | 47.1 | 16 | 24.2 | 15 | 39.5 | 8 | 33.3 | 8 | 42.1 | 80 | 36.9 |
| | >10 camas | 37 | 52.9 | 50 | 75.8 | 23 | 60.5 | 16 | 66.7 | 11 | 57.9 | 137 | 63.1 |
| Ventilação Invasiva | Sim | 52 | 74.3 | 64 | 97 | 31 | 81.6 | 24 | 100 | 15 | 78.9 | 186 | 85.7 |
| | Não | 18 | 25.7 | 2 | 3 | 7 | 18.4 | – | – | 4 | 21.1 | 31 | 14.3 |
| Programa de CCD† | Sem | 52 | 74.3 | 44 | 66.7 | 21 | 55.3 | 9 | 37.5 | 7 | 36.8 | 133 | 61.3 |
| | NIDCAP‡ | 5 | 7.1 | 5 | 7.6 | 12 | 31.6 | 1 | 4.2 | 9 | 47.4 | 32 | 14.7 |
| | Outro | 13 | 18.6 | 17 | 25.8 | 5 | 13.2 | 14 | 58.3 | 3 | 15.8 | 52 | 24 |

*Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; †Cuidados Centrados no Desenvolvimento; ‡*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*.

Tabela 2 - Estatísticas-resumo da frequência da aplicação das medidas centrais de Cuidados Centrados no Desenvolvimento em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal portuguesas. Portugal, 2017 (n=217).

| Medidas centrais de CCD* | Md. | \bar{x} | s | Min. | Máx. |
|--|------|-----------|------|------|------|
| D†1. Ambiente terapêutico | 2.76 | 2.76 | 0.53 | 0.80 | 3.80 |
| D†2. Prevenção, avaliação e gestão de dor e stress | 2.70 | 2.64 | 0.71 | 0.60 | 4.00 |
| D†3. Proteção do Sono | 2.40 | 2.33 | 0.62 | 0.20 | 3.60 |
| D†4. Atividades de vida diária adequadas à idade | 2.35 | 2.31 | 0.62 | 0.71 | 3.68 |
| SD‡1. Posicionamento | 2.10 | 2.08 | 0.73 | 0.10 | 3.60 |
| SD‡2. Alimentação | 2.59 | 2.59 | 0.65 | 0.50 | 4.00 |
| SD‡3. Cuidados à pele | 2.33 | 2.29 | 0.85 | 0.33 | 4.00 |
| D†5. Cuidados centrados na família | 2.54 | 2.52 | 0.51 | 0.38 | 3.69 |
| Total | 2.52 | 2.49 | 0.52 | 0.67 | 3.58 |

*Cuidados Centrados no Desenvolvimento; †Dimensão; ‡Subdimensão.

A frequência média mais baixa foi encontrada no Posicionamento, com um desvio padrão elevado (0,73) e também com os valores mínimo e máximo mais baixos. Seguem-se os *Cuidados à pele*, também com um elevado desvio padrão (0,83) e a *Proteção do sono*, que registou igualmente valores mínimo e máximo muito baixos.

Os Cuidados Centrados na Família (CCF) e a Proteção do sono são as medidas centrais que mais se aplicam às vezes nas UTIN (67,3% e 59,9%, respetivamente). Mas, a sua prática só se assume frequentemente ou sempre para 18,0% nos CCF e para 14,3% na Proteção do sono.

Pela a análise descritiva efetuada item a item, foi possível identificar as práticas mais e menos frequentemente realizadas.

Relativamente às práticas realizadas frequentemente ou sempre (score médio ≥ 3), na D1. Ambiente Terapêutico, os olhos do RN são protegidos da luz direta; é gerida a exposição do RN a odores nocivos; são proporcionadas experiências olfativas e gustativas positivas ao RN; o RN é manipulado de forma lenta e com contenção; são providenciados cuidados adaptados à idade gestacional ou de suporte ao desenvolvimento; a equipa cumpre o protocolo de higienização das mãos e responde prontamente aos alarmes e ao choro do RN, independentemente do mesmo lhe estar ou não atribuído. Na D2. Prevenção, avaliação e gestão de dor e stress, todos os procedimentos dolorosos e estressantes são geridos de forma eficaz e é utilizada uma escala de avaliação de dor validada e apropriada à idade do RN. Na D3. Proteção do Sono, o contacto pele-a-pele (método canguru) é uma prática integrada nos cuidados diários aos recém-nascidos que não apresentam contra-indicações e os pais são instruídos sobre a importância do sono seguro no hospital e em casa. Na SD1. Posicionamento, os recém-nascidos são posicionados em flexão, com contenção e alinhamento postural. Na SD2. Alimentação, o leite materno é ativamente recomendado para todos os recém-nascidos internados na UTIN e a alimentação do biberão é interrompida quando o RN já não está envolvido nessa atividade com segurança, independentemente do volume ingerido. Na SD3. Cuidados à Pele, os adesivos são removidos suavemente para minimizar a lesão da pele e não são aplicadas soluções com produtos químicos tóxicos. Na D5. Cuidados Centrados na Família, os pais são convidados e encorajados a estar presentes durante os procedimentos; espera-se que os pais sejam capazes de prestar cuidados ao seu filho na UTIN; os pais são ensinados, instruídos e treinados para a prestação de cuidados ao seu filho na UTIN; os pais são considerados visitas; e a presença dos pais na UTIN é registada no processo clínico.

Como práticas que ocorrem ocasionalmente ou nunca (score médio < 2), salientam-se na D1. Ambiente Terapêutico, a proteção da privacidade dos pais junto do RNP e a responsabilização dos membros da equipa pela prestação de CCD. Na D2. Prevenção, avaliação e gestão de dor e stress, o registo das intervenções não farmacológicas e a utilização do método canguru para gerir a dor. Na D3. Proteção do Sono, os pais dos recém-nascidos fazem um diário de sono e praticam rotinas de adormecimento do seu filho na fase antes da alta; e a equipa participa periodicamente em formação em serviço sobre segurança no sono. Na SD1. Posicionamento, os RN são contidos (colocados em swaddling) para a monitorização de peso e banho; a indicação dos RN para a realização do método canguru é discutida diariamente nas passagens de serviço; e a equipa faz periodicamente formação em serviço sobre o método canguru, incluindo a técnica de transferência do RN recomendada. Na SD2. Alimentação, a equipa recebe periodicamente formação sobre sinais de prontidão do RN para iniciar alimentação oral. Na SD3. Cuidados à Pele, a integridade da pele e mucosas é avaliada, pelo menos uma vez ao dia, utilizando uma escala validada adequada à idade e o colostro e/ou leite materno é utilizado para os cuidados à boca dos RN que não estão a ser alimentados por via oral. Na D5. Cuidados Centrados na Família, os pais participam nas passagens de serviço de enfermagem; os pais têm acesso a grupos de apoio à família ou a grupos de apoio por pares; estão disponíveis na

UTIN recursos culturalmente sensíveis de apoio à parentalidade; e a equipa faz formação em serviço sobre sensibilidade cultural para necessidades decorrentes das características sociodemográficas da população abrangida pela UTIN.

Frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RNP e características das UTIN

Na Tabela 3 são apresentadas as frequências da aplicação das medidas centrais consoante as características das UTIN.

Os resultados mostram que, considerando a totalidade da escala, existe diferença estatisticamente significativa na frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RNP, consoante a área de localização geográfica da UTIN ($\chi^2=13,50$, $p<0,05$), embora a frequência de aplicação seja baixa em todas. Na análise por dimensão e subdimensão, essa diferença é estatisticamente significativa apenas em Ambiente terapêutico; Prevenção, avaliação e gestão de dor e stress; Atividades de vida diária adequadas à idade; e Posicionamento. As dimensões Ambiente terapêutico e Prevenção, avaliação e gestão de dor e stress obtiveram as frequências médias mais elevadas nas Regiões Autónomas. A região Centro é a única que apresenta, embora apenas na subdimensão Posicionamento, uma frequência inferior a 2.

A frequência da aplicação das práticas de cuidados desenvolvimentais nas UTIN com número de camas superior a 10 ($Md=2,61$) foi significativamente mais elevada dos que nas UTIN com número de camas igual ou inferior a 10 ($Md=2,37$), $U=3590$; $p<0,001$. Com exceção das práticas relacionadas com a Alimentação, em cada uma das restantes dimensões e subdimensões foi encontrada uma frequência de aplicação das práticas de cuidados desenvolvimentais significativamente mais elevada nas UTIN cujo número de camas é >10 ($p<0,05$).

No que respeita a diferença entre as UTIN onde se realiza e aquelas onde não se realiza ventilação invasiva, verificou-se que a frequência da aplicação das práticas de cuidados desenvolvimentais era significativamente mais elevada naquelas UTIN onde se realiza a ventilação invasiva ($Md=2,55$) comparada com aquelas onde esta não se realiza ($Md=2,36$), $U=3590$; $p<0,001$.

Finalmente, à semelhança do que se verificou em relação a cada uma das dimensões e subdimensões, a frequência total da aplicação das práticas de cuidados desenvolvimentais ao RNP foi significativamente diferente entre as unidades, consoante tinha ou não instituído um programa/protocolo específico de CCD, sendo mais elevada naquelas onde esse estava instituído, $\chi^2= 58,85$, $p<0,001$.

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu traçar um panorama da realização dos CCD em UTIN portuguesas e relacionar com algumas características das UTIN. Em conformidade com o enquadramento conceptual e com a autora da escala, considerou-se que a aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais era a desejável ou recomendada, quando ocorria frequentemente ou sempre.

À semelhança de outros estudos internacionais que reportam inconsistência das práticas de CCD^{3,7,9-12}, verifica-se em Portugal, que estas são realizadas, mas a sua frequência é, no geral, baixa. Além disso, verificou-se uma inconsistência dessas práticas, pois algumas medidas são utilizadas frequentemente ou sempre, e outras são raramente ou apenas às vezes, não se encontrando um padrão uniforme. Contudo, o facto de se verificar que algumas medidas são aplicadas frequentemente ou sempre significa que essas práticas são exequíveis. A inconsistência verifica-se, ainda, por haver na mesma dimensão medidas com frequências de aplicação muito díspares e com um elevado desvio-padrão.

Apesar de ainda constituírem um desafio complexo dos cuidados neonatais, as medidas centrais Ambiente terapêutico e Prevenção, avaliação e gestão da dor e stress são as que já traduzem práticas mais sistematizadas e consistentes no conjunto das UTIN, ainda assim com grande variabilidade. Em contrapartida, o Posicionamento e os Cuidados à pele revelaram-se áreas bastante negligenciadas.

Tabela 3 - Frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais consoante a área de localização geográfica da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o número de camas, a realização de ventilação invasiva e a existência de programa/protocolo específico de cuidados centrados no desenvolvimento. Portugal, 2017. (n=217)

| Medidas Centrais de CCD† (Dimensões e Subdimensões) | | Localização Geográfica da UTIN‡ | | | | | Número de camas da UTIN‡ | Realização de ventilação invasiva na UTIN‡ | | | Programa de CCD† | | | | | | |
|--|-----------|---------------------------------|-----------------------|-------|-------------------|------|--------------------------|--|-----------|-------------|--------------------|------|--------------|--------------------|------|---------|----------------|
| | | Centro | Lisboa e Vale do Tejo | Norte | Regiões Autónomas | Sul | | Teste Kruskal-Wallis | ≤10 camas | >10 camas | Teste Mann-Whitney | Não | Sim | Teste Mann-Whitney | Sem | NIDCAP§ | Outro |
| D 1. Ambiente terapêutico | n | 70 | 66 | 36 | 23 | 19 | | 78 | 136 | | 30 | 184 | | 130 | 32 | 52 | |
| | Md | 2.62 | 2.73 | 2.90 | 3.13 | 3.00 | $\chi^2=13.085$ | 2.70 | 2.83 | $U=4189.0$ | 2.60 | 2.80 | $U=2110.00$ | 2.60 | 3.10 | 3.10 | $\chi^2=44.14$ |
| | \bar{x} | 2.66 | 2.72 | 2.82 | 3.07 | 2.81 | $p=0.011^*$ | 2.62 | 2.85 | $p=0.011^*$ | 2.61 | 2.79 | $p=0.039^*$ | 2.58 | 3.03 | 3.07 | $p=0.000^*$ |
| | s | 0.48 | 0.57 | 0.48 | 0.42 | 0.66 | | 0.59 | 0.48 | | 0.48 | 0.54 | | 0.52 | 0.37 | 0.42 | |
| D 2. Prevenção, avaliação e gestão de dor e stress | n | 70 | 66 | 38 | 24 | 19 | | 80 | 137 | | 31 | 186 | | 133 | 32 | 52 | |
| | Md | 2.50 | 2.80 | 2.60 | 3.30 | 2.50 | $\chi^2=22.100$ | 2.65 | 2.80 | $U=4550.0$ | 2.60 | 2.80 | $U=2292.50$ | 2.50 | 2.84 | 3.25 | $\chi^2=46.76$ |
| | \bar{x} | 2.46 | 2.68 | 2.61 | 3.20 | 2.54 | $p=0.000^*$ | 2.49 | 2.73 | $p=0.037^*$ | 2.45 | 2.67 | $p=0.068$ | 2.39 | 2.89 | 3.12 | $p=0.000^*$ |
| | s | 0.72 | 0.72 | 0.71 | 0.48 | 0.61 | | 0.73 | 0.69 | | 0.59 | 0.73 | | 0.69 | 0.47 | 0.59 | |
| D 3. Proteção do sono | n | 69 | 66 | 38 | 24 | 18 | | 79 | 136 | | 30 | 185 | | 132 | 31 | 52 | |
| | Md | 2.30 | 2.40 | 2.25 | 2.70 | 2.60 | $\chi^2=5.925$ | 2.20 | 2.50 | $U=3560.0$ | 2.22 | 2.40 | $U=2218.00$ | 2.20 | 2.70 | 2.84 | $\chi^2=47.25$ |
| | \bar{x} | 2.29 | 2.39 | 2.21 | 2.49 | 2.33 | $p=0.205$ | 2.07 | 2.48 | $p=0.000^*$ | 2.19 | 2.35 | $p=0.078$ | 2.11 | 2.64 | 2.72 | $p=0.000^*$ |
| | s | 0.518 | 0.67 | 0.60 | 0.65 | 0.75 | | 0.68 | 0.52 | | 0.44 | 0.64 | | 0.59 | 0.50 | 0.48 | |
| D 4. Atividades de vida diária adequadas à idade | n | 67 | 65 | 37 | 24 | 19 | | 77 | 135 | | 29 | 183 | | 129 | 32 | 51 | |
| | Md | 2.04 | 2.50 | 2.50 | 2.40 | 2.46 | $\chi^2=14.027$ | 2.08 | 2.46 | $U=3431.0$ | 2.15 | 2.37 | $U=2157.00$ | 2.12 | 2.68 | 2.71 | $\chi^2=46.15$ |
| | \bar{x} | 2.10 | 2.41 | 2.41 | 2.33 | 2.42 | $p=0.007^*$ | 2.07 | 2.44 | $p=0.000^*$ | 2.13 | 2.33 | $p=0.106$ | 2.07 | 2.63 | 2.69 | $p=0.000^*$ |
| | s | 0.59 | 0.62 | 0.66 | 0.52 | 0.62 | | 0.61 | 0.58 | | 0.53 | 0.63 | | 0.54 | 0.47 | 0.61 | |
| SD¶1. Posicionamento | n | 69 | 65 | 37 | 24 | 19 | | 77 | 137 | | 30 | 184 | | 130 | 32 | 52 | |
| | Md | 1.70 | 2.30 | 2.25 | 2.30 | 2.70 | $\chi^2=19.250$ | 1.62 | 2.30 | $ln=2918.0$ | 1.61 | 2.20 | $ln=1743.00$ | 1.72 | 2.68 | 2.70 | $\chi^2=62.13$ |
| | \bar{x} | 1.79 | 2.20 | 2.17 | 2.29 | 2.32 | $p=0.001^*$ | 1.71 | 2.29 | $p=0.000^*$ | 1.69 | 2.15 | $p=0.001^*$ | 1.77 | 2.57 | 2.56 | $p=0.000^*$ |
| | s | 0.65 | 0.71 | 0.75 | 0.65 | 0.88 | | 0.72 | 0.65 | | 0.57 | 0.74 | | 0.64 | 0.56 | 0.62 | |
| SD¶2. Alimentação | n | 66 | 64 | 37 | 24 | 17 | | 75 | 133 | | 27 | 181 | | 127 | 31 | 50 | |
| | Md | 2.50 | 2.73 | 2.75 | 2.37 | 2.50 | $\chi^2=7.027$ | 2.57 | 2.62 | $U=4619.5$ | 2.75 | 2.50 | $U=2003.00$ | 2.50 | 2.57 | 2.94 | $\chi^2=13.41$ |
| | \bar{x} | 2.54 | 2.66 | 2.75 | 2.36 | 2.54 | $p=0.134$ | 2.53 | 2.63 | $p=0.377$ | 2.78 | 2.56 | $p=0.130$ | 2.48 | 2.60 | 2.88 | $p=0.001^*$ |
| | s | 0.60 | 0.67 | 0.71 | 0.54 | 0.71 | | 0.70 | 0.62 | | 0.59 | 0.65 | | 0.62 | 0.58 | 0.68 | |
| SD¶3. Cuidados à pele | n | 67 | 65 | 32 | 21 | 17 | | 74 | 128 | | 25 | 177 | | 126 | 30 | 46 | |
| | Md | 1.83 | 2.50 | 2.50 | 2.33 | 2.33 | $\chi^2=8.093$ | 2.00 | 2.50 | $U=3604.0$ | 1.67 | 2.33 | $U=1735.50$ | 1.83 | 2.67 | 2.67 | $\chi^2=29.53$ |
| | \bar{x} | 2.07 | 2.44 | 2.39 | 2.34 | 2.42 | $p=0.088$ | 2.08 | 2.42 | $p=0.005^*$ | 2.03 | 2.33 | $p=0.081$ | 2.05 | 2.74 | 2.70 | $p=0.000^*$ |
| | s | 0.93 | 0.78 | 0.94 | 0.72 | 0.59 | | 0.85 | 0.82 | | 0.92 | 0.83 | | 0.82 | 0.57 | 0.83 | |
| D 5. Cuidados Centrados na Família | n | 67 | 65 | 34 | 23 | 19 | | 78 | 130 | | 29 | 179 | | 129 | 30 | 49 | |
| | Md | 2.38 | 2.69 | 2.54 | 2.61 | 2.25 | $\chi^2=8.093$ | 2.32 | 2.64 | $U=3105.5$ | 2.18 | 2.54 | $U=1790.50$ | 2.38 | 2.66 | 2.85 | $\chi^2=35.57$ |
| | \bar{x} | 2.39 | 2.61 | 2.59 | 2.66 | 2.33 | $p=0.088$ | 2.31 | 2.64 | $p=0.000^*$ | 2.30 | 2.55 | $p=0.007^*$ | 2.36 | 2.69 | 2.83 | $p=0.000^*$ |
| | s | 0.46 | 0.55 | 0.46 | 0.32 | 0.64 | | 0.51 | 0.46 | | 0.44 | 0.51 | | 0.48 | 0.41 | 0.44 | |
| Total | n | 69 | 66 | 37 | 24 | 19 | | 79 | 136 | | 31 | 184 | | 132 | 32 | 51 | |
| | Md | 2.31 | 2.53 | 2.64 | 2.69 | 2.67 | $\chi^2=13.499$ | 2.37 | 2.61 | $U=3590.0$ | 2.36 | 2.55 | $U=3590.00$ | 2.32 | 2.80 | 2.94 | $\chi^2=58.85$ |
| | \bar{x} | 2.35 | 2.55 | 2.54 | 2.68 | 2.49 | $p=0.009^*$ | 2.29 | 2.61 | $p=0.000^*$ | 2.33 | 2.52 | $p=0.000^*$ | 2.28 | 2.77 | 2.86 | $p=0.000^*$ |
| | s | 0.48 | 0.55 | 0.51 | 0.39 | 0.59 | | 0.52 | 0.48 | | 0.39 | 0.53 | | 0.46 | 0.35 | 0.44 | |

* $p < 0,05$; †Cuidados Centrados no Desenvolvimento; ‡Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; §Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program; ||Dimensão; ¶Subdimensão.

Olhando agora cada uma das dimensões e subdimensões, o Ambiente terapêutico é uma medida central que providencia a neuroproteção do RNP, demonstra o respeito pela dignidade humana e oferece o apoio socioemocional através da promoção da presença contínua da família. Diante do crescente conjunto de evidências sobre a vulnerabilidade epigenética dos RNP e as adversidades sofridas ao longo da sua vida, a provisão de cuidados holísticos e humanísticos nas UTIN não pode ser opcional¹³ e deve ser contemplada no processo de avaliação de desempenho profissional¹⁴. No entanto, os enfermeiros inquiridos referem que raramente são responsabilizados pela prestação de cuidados de apoio ao desenvolvimento.

Na dimensão Prevenção, avaliação e gestão da dor e stress, verificamos ser frequente a utilização de escalas de avaliação de dor validadas e apropriadas à idade, assim como a gestão eficaz de todos os procedimentos dolorosos e estressantes, conforme indicado na literatura^{10,15}. Ainda assim, o elevado desvio padrão obtido nesta dimensão indica a grande variabilidade destas práticas. Se nas medidas centrais Ambiente terapêutico e Proteção do sono, o método canguru é uma prática frequentemente integrada nos cuidados diários, a sua utilização como intervenção não farmacológica para gerir a dor durante procedimentos ocorre raramente, contrariando as evidências sobre o seu efeito na redução das respostas de dor¹⁶⁻¹⁸. Raramente, também, é feito um registo preciso das intervenções não-farmacológicas de controlo da dor/stress. Apesar das recomendações baseadas em evidências sobre a eficácia da utilização de várias intervenções não farmacológicas e farmacológicas para prevenir e tratar a dor neonatal, outras pesquisas apontam igualmente para uma prática clínica inconsistente². A colaboração multidisciplinar, a presença parental, os protocolos de gestão de dor e as abordagens integradas de educação e auditoria merecem ser alvo de investimento, pois têm sido associados a estratégias mais consistentes de cuidados baseados na evidência¹⁹⁻²⁰.

As práticas de cuidados relativos à medida central Proteção do sono são pouco consistentes. Destaca-se positivamente uma prática frequente da instrução dos pais sobre a importância do sono seguro no hospital e em casa. Porém, é muito importante que os enfermeiros promovam competências parentais nas rotinas de adormecimento do seu filho antes da alta, instruindo e treinando sobre o estado de sono-vigília e padrão individualizado de sono do RN^{2,21}. Os enfermeiros precisam de mais formação sobre segurança no sono, pois são determinantes na vigilância de adoção das práticas e na modelagem de papéis, endossando práticas seguras para o sono do RN, apoiadas pelas evidências^{2,22}.

Quanto ao Posicionamento do RN, ainda que este seja frequentemente realizado em flexão, com contenção e alinhamento postural, ficaram explícitas necessidades emergentes de intervenção neonatal nesta área. Contrariando as evidências das melhores práticas^{10,23-24}, raramente os recém-nascidos são contidos em swaddling para a monitorização do peso e para o banho. Há inconsistência na orientação da cabeça e pescoço do RN na linha média, com uma rotação não superior a 45 graus para cada lado. Existem dúvidas relativamente à técnica de transferência do RN no método canguru. Esta realidade é preocupante, atendendo ao papel fulcral do posicionamento no desenvolvimento motor, controlo postural e integridade sensoriomotora que se refletem no desenvolvimento neurológico e cognitivo dos RNP, a curto e a longo prazo^{9-10,24}. Os resultados e a literatura espelham a necessidade de mais conhecimentos e maior responsabilização, formação e treino dos enfermeiros para uniformização das melhores práticas^{10,23-24}.

No que respeita a Alimentação, compreender os processos maturacionais do RN, associados à alimentação oral é fundamental para experiências de alimentação seguras, eficientes e agradáveis²⁵. Embora tenham sido identificadas algumas práticas que vão ao encontro das evidências²⁶⁻²⁷, temos de admitir que no geral as práticas de alimentação nas UTIN nem sempre refletem esse entendimento. Com nove questionários a serem eliminados nesta subdimensão, por resposta omissa, somos levados a considerar o que outros autores descrevem como desafios e barreiras ao aleitamento materno nas UTIN^{2,10}. Sugere-nos haver dificuldades condicionadas pela vulnerabilidade dos RN, ou pelo próprio

ambiente físico e humano nas UTIN, e ainda falta de apoio à mãe que amamenta. As “conselheiras de amamentação” apenas “às vezes” são recursos prontamente disponíveis na UTIN e merecem um papel de maior destaque no apoio à amamentação e ao aleitamento materno.

Na subdimensão Cuidados à pele, foi verificada uma elevada dispersão e frequências de aplicação muito baixas. Foi, ainda, nesta subdimensão que foram eliminados mais questionários por resposta omissa. Talvez porque as evidências nesta área sejam mais recentes, esta parece ser realmente uma área problemática, carecendo de intervenção imediata nas UTIN, com a adoção de protocolos que uniformizem práticas baseadas em evidências^{10,24}.

Relativamente aos Cuidados Centrados na Família (CCF), a sua prática é pouco consistente e sistemática, uma vez que apenas 18% dos enfermeiros consideraram a sua aplicação frequente. Há, contudo, práticas realizadas frequentemente que nos sugerem a aplicação de princípios de uma filosofia de CCF, denotando o apoio profissional ao RN e família, através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados^{16,28}. Surpreendentemente, os pais foram considerados, frequentemente, visitas, ao invés de serem considerados alvo de cuidados, parceiros da equipa profissional, advogados e aliados para cuidados seguros e de qualidade²⁹. Mesmo nas UTIN que referem não ter restrições à presença das famílias, não é certo que os pais e famílias se sintam bem-vindos neste ambiente altamente especializado. Pequenos gestos como a saudação, oferecer assentos adequados, ter uma atitude ou mesmo uma expressão facial acolhedora podem ser determinantes no envolvimento da família numa UTIN²⁸. Conforme regulamento da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em ESIP deve promover “a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” e utilizar “estratégias para promover o contacto físico pais/RN”³⁰:¹⁹¹⁹⁴ A intervenção precoce de profissionais de saúde mental reduz os sintomas de trauma, ansiedade e depressão, e promove a ligação pais-filho e a vinculação segura^{16,24}. Face aos resultados, revela-se também útil a implementação de programas de apoio parental por pares; a inclusão dos pais nas passagens de serviço, associada ao princípio do respeito e da dignidade, aos direitos à informação, à colaboração e à participação; os cuidados culturalmente sensíveis, respeitando os seus valores, crenças e comportamentos, bem como características socioculturais e linguísticas^{10,24,28,31}.

Quanto às características das UTIN que se relacionam com a frequência das práticas de CCD, observou-se que as unidades mais diferenciadas - aquelas que têm mais de 10 camas e realizam ventilação invasiva, bem como as que possuem algum tipo de protocolo de sistematização de CCD - são aquelas em que as práticas são mais frequentes. Ainda assim, em todas se confirmou a baixa consistência dos CCD, devendo, pois, beneficiar de um processo de melhoria de cuidados neonatais centrados no desenvolvimento.

Face aos resultados, sugere-se a implementação de um programa de sistematização de práticas de CCD com protocolos para cada medida central, destacando como áreas prioritárias de intervenção: a redução e monitorização do ruído e luminosidade; a melhoria da organização dos cuidados e das condições ambientais para favorecer a presença contínua dos pais na UTIN; a promoção de experiências positivas para o RNP e família, como a estimulação perioral com leite materno, o colo, a colocação precoce do RNP à mama e o método canguru (também como intervenção para gerir a dor durante procedimentos); a proteção do sono; o posicionamento; a contenção durante o peso e o banho; os cuidados à pele; o envolvimento e participação dos pais nos cuidados e no processo de tomada de decisão; o apoio por pares, promovendo, por exemplo, a criação de grupos de pais de RNP; o acesso a profissionais de saúde mental.

Quanto à formação, o posicionamento do RNP e os cuidados à pele são áreas prioritárias, embora uma análise dos dados mais detalhada possa indicar outras áreas importantes consoante a região do País.

No que toca à investigação, um estudo de carácter observacional poderá confirmar estes resultados. Também será útil conhecer a percepção dos pais e outros profissionais da UTIN quanto às práticas estudadas.

Como pontos fortes do presente estudo, destacamos que este é o primeiro estudo realizado em Portugal, até à data na literatura, a avaliar a frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RNP em UTIN portuguesas, e a sua relação com algumas características das UTIN. Diante de uma amostra de 217 enfermeiros, correspondente a cerca de 22% da população alvo estimada, entende-se ter sido uma boa opção a utilização do questionário *online* e o tipo de amostragem selecionado. A escala *Quantum Caring Practice Self-Assessment*², construída à luz das melhores evidências, mostrou ser bem compreendida e captar com detalhe os diversos cuidados realizados no âmbito dos CCD, pelo que poderá ser uma ferramenta útil para avaliar os resultados de um projeto de implementação ou de melhoria de CCD. Os resultados permitiram identificar as principais áreas que necessitam de atenção, oferecendo direções claras e concretas para a implementação de melhorias, bem como para a realização de estudos que confirmem estes resultados, analisem as barreiras e avaliem as estratégias de implementação.

Algumas limitações deste estudo obrigam a ler os resultados com precaução. A principal limitação é ter sido utilizado como fonte um questionário de autopreenchimento, em vez da observação direta das práticas, que teria sido muito difícil de concretizar. Para a análise dos dados, teria sido interessante conhecer o rácio enfermeiros/cama nas UTIN contudo essa variável não foi contemplada. Um método de amostragem probabilística, estratificada por serviços, poderia minimizar alguns fatores suscetíveis de exercer influência sobre a expressão das variáveis estudadas, porém também poderia colocar em causa o anonimato dos serviços, importante para a adesão ao questionário. Ainda sobre a abordagem *online*, pode-se considerar também que poderá limitar a heterogeneidade das características dos enfermeiros participantes no estudo. Já a predominância de respostas de enfermeiros que trabalham em unidades mais diferenciadas, onde foram encontrados melhores resultados, poderá ter sido consequência de estes estarem mais sensibilizados para os CCD.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem constatar que a frequência das práticas de CCD em UTIN portuguesas, medida através da escala *Quantum Caring Practice Self-Assessment*, é, no geral, baixa, ficando aquém do que é desejável ou recomendado. Além disso, a frequência dessas práticas é muito variável, revelando inconsistência.

Existe, pois, uma grande margem para a melhoria em cada uma das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais, visto que em todas elas há ainda práticas que apenas raramente são realizadas. Constatámos, também, que a frequência da aplicação destes cuidados varia consoante a área geográfica das UTIN, e tende a aumentar com o seu nível de diferenciação e, mais importante, tende igualmente a aumentar com a existência de um programa de CCD, o que indica a necessidade de investir na utilização dos mesmos.

A implementação consistente dos CCD exige uma mudança global na cultura e comportamento da equipa multidisciplinar, em relação ao papel verdadeiramente crucial destes cuidados no desenvolvimento do RNP. A respeito da família, os enfermeiros têm uma oportunidade única para facilitar o envolvimento dos pais e promover o *empowerment*, mas esta oportunidade tem de ser cultivada numa abordagem sistemática e padronizada de cuidados centrados na família.

Conhecido o panorama das práticas de CCD nas UTIN portuguesas, o desafio é agora a implementação de programas de melhoria sustentados na formação dos profissionais e orientados por protocolos de cuidados, que garantam a todos os RNP e famílias os cuidados centrados no desenvolvimento, segundo as melhores evidências.

REFERÊNCIAS

1. Halder P, Bera D, Banerjee A. Developmentally supportive care in neonatal intensive care unit (NICU): a review. *Indian J Med Res* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Ago 10];2(2):17-23. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.681.1703&rep=rep1&type=pdf>
2. Coughlin, M. *Transformative nursing in the NICU. Trauma-Informed Age-Appropriate Care*. New York, NY(US): Springer Publishing Company; 2014.
3. Altimier L, Phillips RM. The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn Infant Nurs Rev* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Ago 10];13(1):9-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
4. Als H. Program guide. *Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP). An education and training program for health care professionals*. Boston (US): National NIDCAP Training Center [Internet]. 2012 [acesso 2017 Ago 10]. Disponível em: <http://nidcap.org/wp-content/uploads/2014/09/Program-Guide-Rev-22Sep2014.pdf>
5. Seki T, Balieiro MMFG. Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: pesquisa. *Rev Soc Bras Enferm Ped* [Internet]. 2009 [acesso 2017 Ago 10];9(2):67-75. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/article/cuidados-voltados-ao-desenvolvimento-do-prematuro-pesquisa-bibliografica/>
6. Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009 [acesso 2017 Ago 10];65(10):2239-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x>
7. Laudert S, Liu WF, Blackington S, Perkins B, Martin S, MacMillan-York E, et al. Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *J Perinatol* [Internet]. 2007 [acesso 2017 Ago 10];27(Suppl 2):75-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211843>
8. Gibbins S, Hoath SB, Coughlin M, Gibbins A, Franck L. The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2008 [acesso 2017 Ago 10];8(3):141-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ANC.0000324337.01970.76>
9. Gibbins S, Coughlin M, Hoath S. Quality indicators for developmental care: using the universe of developmental care model as an exemplar for change. In: *Developmental care of newborns and infants: a guide for health professionals*. Glenview, IL(US): National Association of Neonatal Nurses [Internet]. 2010 [acesso 2017 Ago 10];43-59. Disponível em: https://www.academia.edu/3049778/Quality_indicators_for_developmental_care_using_the_universe_of_developmental_care_model_as_an_exemplar_for_change
10. Coughlin M. *Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York, NY(US): Springer Publishing Company; 2016.
11. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, Lora D, Lopez-Maestro M, Pallas C. Necessary resources and barriers perceived by professionals in the implementation of NIDCAP. *Early Hum Dev* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Ago 10];89(9):649-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.04.011>
12. Hendricks-Munoz KD, Prendergast CC. Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: neonatal nursing perceptions. *Am J Perinatol* [Internet]. 2007 [acesso 2017 Ago 10];24(2):71-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-2006-958156>
13. Montirosso R, Provenzi L. Implications of epigenetics and stress regulation on research and developmental care of preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Ago 10];44(2):174-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12559>
14. O'Hagan J, Persaud D. Creating a culture of accountability in health care. *Health Care Manag Sci* [Internet]. 2009 [acesso 2017 Ago 10];28(2):124-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3181a2eb2b>

15. American Academy of Pediatrics (AAP). Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics* [Internet]. 2006 [acesso 2017 Ago 10];118(5):2231-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2277>
16. Fernandes A. The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain [tese]. Lisboa (PT): Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem; 2010 [acesso 2017 Ago 10]. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2406>
17. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, et al. Skin-to-skin care with newborns cuts down procedural pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Ago 10];2017(2):CD008435. Disponível em: http://www.cochrane.org/CD008435/NEONATAL_skin-skin-care-newborns-cuts-down-procedural-pain
18. Grunau RE, Holsti L, Peters JW. Long-term consequences of pain in human neonates. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2006 [acesso 2017 Ago 10];11(4):268-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2006.02.007>
19. Allegaert K, Tibboel D, Ankerb J. Pharmacological treatment of neonatal pain: in search of a new equipoise. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Ago 10];18(1):42-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.10.001>
20. Walker SM. Neonatal pain. *Paediatr Anaesth* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Ago 10];24(1):39-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/pan.12293>
21. Raines D, Brustad J. Parent's confidence as a caregiver. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Ago 10];12(3):183-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e318256efd5>
22. Moon R, Darnall R, Feldman-Winter L, Goodstein M, Hauck F. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Ago 10];138(5):e20162940. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2938>
23. Perkins E, Ginn L, Fanning J, Bartlett D. Effect of nursing education on positioning of infants in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Phys Ther* [Internet]. 2004 [acesso 2017 Ago 10];16(1):2-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.PEP.0000112916.38869.5E>
24. NICU Brain Sensitive Care Committee. Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. Swedish Medical Center [Internet]. 2015. [acesso 2021 Abr 14]. Disponível em: https://cdn-links.lww.com/permalink/mcn/a/mcn_43_2_2017_12_18_lockeridge_0040_sdc01.pdf
25. Lau C. Development of suck and swallow mechanisms in infants. *Ann Nutr Metab* [Internet]. 2015 [acesso 2021 Abr 14];66(Suppl 5):7-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000381361>
26. Pickler R, Reyna B, Wetzel P, Lewis M. Effect of four approaches to oral feeding progression on clinical outcomes in preterm infants. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2015 [acesso 2021 Abr 14];2015:716828. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2015/716828>
27. Stevens E, Gazza E, Pickler R. Parental experience learning to feed their preterm infant. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Ago 10];14(5):354-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ANC.000000000000105>
28. Lee LA, Carter M, Stevenson SB, Harrison HA. Improving family-centered care practices in the NICU. *Neonatal Netw* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Ago 10];33(3):125-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/0730-0832.33.3.125>
29. Griffin T. A family-centered "visitation" policy in the neonatal intensive care unit that welcomes parents as partners. *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Ago 10];27(2):160-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3182907f26>
30. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa, Portugal. 2011 [acesso 2021 Abr 14]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
31. Klock P, Buscher A, Erdmann A, Costa R, Santos S. Best practices in neonatal nursing care management. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Jul 7];28:e20170157. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0157>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas, apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em 2017.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Ferraz L, Fernandes A.

Coleta de dados: Ferraz L.

Análise e interpretação dos dados: Ferraz L, Fernandes A, Gameiro M.

Discussão dos resultados: Ferraz L, Fernandes A.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Ferraz L, Fernandes A, Gameiro M.

Revisão e aprovação final da versão final: Ferraz L, Fernandes A, Gameiro M.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, parecer n.º P352-06/2016.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Flavia Giron Camerini, Monica Motta Lino.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 21 de julho de 2021.

Aprovado: 15 de fevereiro de 2022.

AUTOR CORRESPONDENTE

Liliana Patrícia Leitão Ferraz

liliferraz@gmail.com

