

MESTRADO INTEGRADO
MEDICINA

Neonatologia: uma experiência prática

Carla Marlene Cruz Soares

M

2025



Neonatologia: uma experiência prática

Relatório de estágio para candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetido ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Carla Marlene Cruz Soares

Aluna do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Endereço eletrónico: up200900016@up.pt

Orientador: Prof. Doutora Carmen Dolores Moreira de Carvalho

Assistente graduada de Pediatria, Serviço de Neonatologia, Centro Materno-Infantil do Norte,
Unidade Local de Saúde de Santo António

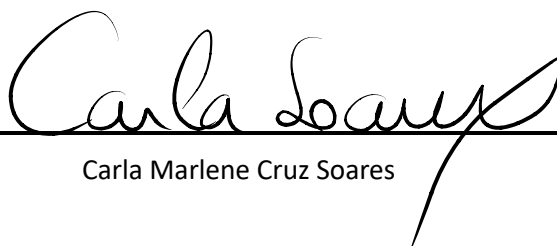
Professora Auxiliar Convidada de Pediatria do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Junho, 2025

Neonatologia: uma experiência prática

Relatório de estágio para candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetido ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Assinatura da estudante:



Carla Marlene Cruz Soares

Assinatura da orientadora:

Prof. Doutora Carmen Dolores Moreira de Carvalho

Declaração de integridade científica

Eu, Carla Marlene Cruz Soares, estudante do Mestrado Integrado em Medicina, com o número mecanográfico 200900016, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo deste relatório de estágio, intitulado “Neonatologia: uma experiência prática”, apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, no âmbito da componente curricular “Dissertação/Projeto/Estágio”.

Mais declaro que este documento é um trabalho original e que toda e qualquer informação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na bibliografia, segundo os critérios estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Porto, 6 de Setembro de 2025



Carla Marlene Cruz Soares

Sempre chegamos ao sítio aonde nos esperam.

O LIVRO DOS ITINERÁRIOS

Agradecimentos

À Prof. Doutora Carmen Carvalho, pelo exemplo e inspiração, e por me recordar que não há nada de errado em ter um percurso diferente do normativo.

A toda a equipa médica com quem contactei durante o estágio, em particular à Dr.ª Cristina Godinho, à Dr.ª Ana Guedes e à Dr.ª Ana Margarida. Observar-vos foi um verdadeiro privilégio.

Ao meu pai e à minha mãe pelo apoio incondicional de sempre, sem vocês nada era possível. Ao meu irmão pelo *tough love* que me impulsionou à mudança. Aos três por serem porto de abrigo.

Ao Valter pela revisão linguística deste relatório.

“Nenhum Homem é uma ilha isolada”, obrigada a todos os que conferiram leveza a esta jornada.

Resumo

No contexto da Componente Curricular “Dissertação/Projeto/Estágio” do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto realizei um estágio no Serviço de Neonatologia do Centro Materno-Infantil do Norte, pertencente à Unidade Local de Saúde de Santo António, sob a orientação da Prof. Doutora Carmen Carvalho e que contabilizou 83,5 horas de contacto com as atividades inerentes ao serviço.

A neonatologia é a área médica dedicada ao cuidado dos recém-nascidos, grupo protegido socialmente que, com os avanços tecnológicos, científicos e médicos têm atualmente acesso a mais e melhores cuidados de saúde. Fruto destes avanços, surgem os cuidados intensivos e intermédios neonatais, novos desafios médicos e éticos, que requerem a adaptação, treino individual e atualização constante destes profissionais.

Com este estágio objetivava uma componente prática e observacional que permitisse a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências na área da Neonatologia; o contacto com a assistência ao nascimento, com os cuidados intensivos neonatais e com os cuidados normais; a capacidade de autonomamente executar o exame do recém-nascido; a compreensão das angústias familiares mais comuns; e a obtenção de competências de comunicação e empatia. Para tal acompanhei o neonatologista em todas estas valências, numa componente observacional e prática.

Adquiri competências técnicas e a capacidade de reconhecer o normal para diagnosticar o patológico; venci inseguranças e alcancei autonomia na avaliação do recém-nascido e da criança. Adquiri ainda competências pessoais de empatia, comunicação e não-julgamento e pude refletir sobre as minhas fragilidades e valores morais.

Palavras-chave: neonatologia, recém-nascido, prematuro, cuidados normais, cuidados intensivos, assistência ao nascimento, consulta médica

Abstract

As part of the “Dissertation/Project/Internship” curricular unit in the 6th year of the Integrated Master’s Degree in Medicine at the School of Medicine and Biomedical Sciences Abel Salazar, University of Porto, I completed an internship in the Neonatology Department of the Centro Materno-Infantil do Norte, part of the Local Health Unit of Santo António. This internship, supervised by Professor Carmen Carvalho, MD, PhD, comprised a total of 83.5 hours of direct engagement with the department's activities.

Neonatology is the medical specialty dedicated to the care of newborns - a socially protected group that, thanks to technological, scientific, and medical advancements, now benefits from increasingly high-quality healthcare. These advances have led to the development of neonatal intensive and intermediate care units, which bring with them new medical and ethical challenges that require adaptability, individual training, and continuous professional development.

The aim of this internship was to provide a practical and observational experience that would allow me to acquire and consolidate knowledge and skills in the field of Neonatology; to gain exposure to birth assistance, neonatal intensive care, and routine care; to develop the ability to perform a neonatal examination independently; to understand the most common parental concerns; and to enhance my communication and empathy skills. To achieve this, I followed the neonatologist across all areas, participating in both observational and hands-on activities.

Through this experience, I developed technical competencies and the ability to recognise normal patterns in order to identify pathological conditions. I overcame insecurities and gained autonomy in evaluating newborns and children. I also acquired personal skills in empathy, communication, and non-judgement, and had the opportunity to reflect on my own vulnerabilities and moral values.

Keywords: neonatology, newborn, preterm infant, routine care, intensive care, birth assistance, medical consultations

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AgHBs - Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B

AM – Aleitamento materno

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte

DGS - Direção-Geral da Saúde

g – Gramas

h – Horas

LHD – Leite humano de dadora

LM – Leite materno

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTT – Pré-termo tardio

RN – Recém-nascido(s)

SG – Semanas de gestação

SN – Serviço de Neonatologia

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	IV
ÍNDICE	V
LISTA DE TABELAS.....	VI
LISTA DE FIGURAS	VII
INTRODUÇÃO.....	1
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	2
1.1. NEONATOLOGIA: UMA BREVE PERSPETIVA HISTÓRICA	2
1.2. O RECÉM-NASCIDO, A PREMATURIDADE E A MORTALIDADE	3
1.3. O CMIN E O SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	5
2. O ESTÁGIO	6
2.1. OBJETIVOS	6
2.2. PLANIFICAÇÃO	6
2.3. DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO.....	7
2.3.1. PASSAGEM DE TURNO.....	7
2.3.2. URGÊNCIA DE NEONATOLOGIA	7
2.3.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS NEONATAIS.....	10
2.3.4. CUIDADOS NORMAIS	12
2.3.5. CONSULTAS EXTERNAS	15
2.3.6. REUNIÃO MATERNO-FETAL	17
CONCLUSÃO.....	18
REFLEXÃO DA AUTORA	19
APÊNDICES.....	20
REFERÊNCIAS	26

Lista de tabelas

TABELA I. DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA E DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO EM NEONATOLOGIA.	22
TABELA II. DESCRIÇÃO DOS PARÂMETROS AVALIADOS NO ÍNDICE DE APGAR.	23

Lista de figuras

FIGURA 1. FOTOGRAFIA DE PARTE DA EXPOSIÇÃO FOTOGRÁFICA, ALUSIVA À SEMANA DO ALEITAMENTO MATERNO, DISPONÍVEL NO HALL DE ENTRADA DO CMIN.....	20
FIGURA 2. FOTOGRAFIA DA DECORAÇÃO DO SECRETARIADO DA UCIN NO PRIMEIRO DIA DE ESTÁGIO, SIMBOLIZANDO QUE 1 EM CADA 10 RN NASCE PREMATURO.	21
FIGURA 3. NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS OBSERVADAS SEGUNDO A IDADE GESTACIONAL DOS RN.	24
FIGURA 4. NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS OBSERVADAS SEGUNDO O SEXO BIOLÓGICO DOS RN.....	24
FIGURA 5. DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS EXTERNAS DOS RN DE TERMO POR MOTIVO DE CONSULTA.	25

Introdução

Neste relatório viso descrever o Estágio em Neonatologia no âmbito da Componente Curricular “Dissertação/Projeto/Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

O estágio decorreu no Serviço de Neonatologia (SN) do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), sob a orientação da Prof. Doutora Carmen Carvalho e envolveu a participação observacional e prática nas atividades inerentes ao SN.

Quanto à motivação, escolhi Estágio por procurar mais conhecimento da experiência clínica aliada à aplicação e enriquecimento do conhecimento teórico, na esperança e ambição de ser, a curto prazo, uma médica em formação mais capaz e, a longo prazo, citando o Prof. Doutor João Lobo Antunes “(...)se houvesse oração à medida, pediria o dom da sabedoria que abre a porta do conhecimento e que me fossem concedidos coragem para não fugir, prudência para combater a temeridade, serenidade para não largar o leme, paciência para não ficar pelo caminho e alento para me erguer, invencível, da derrota. E, se possível, que do ato corressem, em abundância, prazeres que satisfizessem o corpo e o espírito”¹(p.142). Já a escolha da Neonatologia deve-se a um gosto pessoal pela Pediatria, à oportunidade única de estagiar neste serviço neonatal de referência e ao fascínio e desconforto pessoal relativamente ao cuidado médico do recém-nascido (RN). Este último – o desconforto – acredito que o venci com este estágio.

Por último, na minha proposta de tese propus-me aliar à descrição do estágio uma pesquisa bibliográfica adequada, enriquecendo o conhecimento adquirido durante o curso e talvez possibilitando alguma reflexão ética. Isto é o que me proponho fazer e espero que o encontrem nesta tese.

1. Contextualização

1.1. Neonatologia: uma breve perspectiva histórica

O ser humano como hoje o conhecemos é o resultado de uma longa e complexa evolução e é inegável que o RN tem uma elevada dependência de cuidados pela imaturidade neurológica e falta de autonomia, mas é simultaneamente responsável por vínculos longitudinais e transversais² que movem a sociedade, pelo que considero importante contextualizar o surgimento da Neonatologia enquanto área médica.

Neonatologia e Pediatria têm uma história indissociável³ tão antiga quanto a existência dos cuidados médicos. E se a História nos mostra que a mortalidade infantil e neonatal eram encaradas com “naturalidade”, este paradigma muda por volta do século XVIII quando paulatinamente surgem preocupações com a saúde materno-infantil e a criança deixa de ocupar um lugar secundário na sociedade.⁴ O primeiro hospital dedicado exclusivamente ao cuidado neonatal e infantil é inaugurado em Paris, em 1802.⁴ Em Portugal, o primeiro hospital pediátrico foi assinado pelo Rei D. Pedro V (1837-1861), inaugurado em 1877 em Lisboa e atualmente denominado Hospital de Dona Estefânia; no Porto é fundado em 1882 o Hospital Pediátrico Maria Pia, atualmente integrado no CMIN. Estes feitos colocam Portugal na vanguarda europeia nos cuidados infantis.^{4,5} Em 1903 é criada a primeira consulta externa de pediatria no Hospital de S. José e em 1911 passa a ser oficial o ensino da Pediatria nas escolas médicas portuguesas.⁵

Por sua vez, o termo “Neonatologia” surge na nomenclatura médica em 1960 por Alexander Schaffer, como o ramo da Pediatria que se dedica ao estudo do RN.³ No entanto, o título de pai da neonatologia moderna recai sobre o obstetra francês Pierre Budin pela implementação de cuidados ao RN para além da sala de partos. Em 1878 surge a primeira incubadora e desde então somam-se incontáveis progressos tecnológicos, científicos e terapêuticos que permitem atualmente a sobrevivência e crescimento de bebés que estariam fadados às leis de Darwin. Progressos esses amplamente impulsionados pela adversidade da morte do bebé prematuro Patrick Kennedy, filho de John e Jaqueline Kennedy em 1963^{3,6} e que culminam com o atual conceito de cuidados neonatais. Desde o reconhecimento da importância da lavagem frequente das mãos, a associação da morbimortalidade neonatal e infantil à patologia infecciosa respiratória e digestiva, o exame do RN e o desenvolvimento do índice da Apgar;³ até ventiladores que procuram mimetizar a fisiologia, técnicas de imagem à cabeceira dos doentes, métodos cada vez menos invasivos, o desenvolvimento de surfactante pulmonar, a administração de corticosteroides à grávida para maturação pulmonar fetal,⁶ o material genético e a possibilidade de deteção de anomalias

cromossómicas.² Logicamente, o sucesso desta evolução técnica e científica só é possível porque globalmente foram implementadas medidas básicas que serviram de alicerces para a melhoria da saúde como um todo, como a melhoria das condições sociais, das condições sanitárias, criação de infraestruturas de apoio social e assistencial, e o conceito de assistência à população.⁴

Quanto a Portugal, se revisitarmos a sua história, percebemos que o modelo de assistência materno-infantil desenvolvido permitiu um desempenho diferenciador na melhoria dos indicadores de saúde materna, neonatal e infantil e o sucesso dos cuidados intensivos neonatais são inquestionáveis⁷ e reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Como se diz em gíria popular “Roma não foi construída em um dia” e o mesmo se aplica ao percurso de Portugal. Desde a consagração do “direito à assistência pública” em 1911 na Constituição da República e a criação da Direção-Geral da Saúde (DGS) no mesmo ano; à criação de Serviços Públicos de Maternidade e Saúde Infantil em 1945; do Plano Nacional de Vacinação em 1965; à criação de Centros de Saúde em 1971 (cuidados primários centrais na assistência à população); à criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979; à criação de Centros de Diagnóstico Pré-Natal e da Rede de Referência Materno-Infantil em 1982 (reformulação da rede de centros de saúde um ano depois); e à implementação do sistema de transporte do RN em 1986.⁴ Tudo isto, e muito mais que não descrevo, permitiu a implementação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, assegurando o encaminhamento adequado de cada situação materno-infantil, assim como apoio continuado à população, em particular um apoio obstétrico e infantil, independentemente da localização geográfica e situação socioeconómica.^{4,8} Ademais, Portugal passou a ser o único país do mundo a dispor de um sistema de transporte médico para o RN de alto risco à escala nacional. O resultado: uma melhoria significativa na taxa de sobrevivência infantil e nos nascimentos prematuros.⁸

Naturalmente, surge o conceito de Neonatologista como «um pediatra especializado nos cuidados abrangentes ao RN, desde o nascimento, no alojamento conjunto com a mãe até aos RN gravemente doentes na unidade de cuidados intensivos neonatais.» Segundo a Ordem dos Médicos, este é o profissional mais habilitado a usar equipamentos, aplicar procedimentos técnicos e com capacidade clínica de avaliar caso a caso os cuidados a instituir, incluindo a sua limitação e aplicação de cuidados paliativos.⁹

1.2. O recém-nascido, a prematuridade e a mortalidade

O período neonatal corresponde aos primeiros 28 dias de vida do RN¹⁰ sendo o período de morbimortalidade mais crítico.^{10,11} Como descrevi, é inegável o progresso global e longe vão os

tempos em que a mortalidade elevada era socialmente aceite e transversal à população, independentemente da condição socioeconómica.⁴

Segundo dados da OMS, a mortalidade neonatal diminuiu de 5,0 milhões em 1990 para 2,5 milhões em 2022, mas esta diminuição ocorreu a um ritmo inferior relativamente à mortalidade a cinco anos pós-período neonatal. Cerca de 75% das mortes neonatais ocorrem na primeira semana de vida e cerca de um milhão de RN morrem nas primeiras 24 horas (h).¹¹ As principais causas de mortalidade neonatal são a prematuridade, infeções neonatais e malformações congénitas.¹¹ Destas, a prematuridade ou as suas complicações são consideradas a principal causa de mortalidade antes dos 5 anos e responsáveis por cerca de 900.000 mortes em 2019.¹²

A prematuridade, cujo dia mundial é assinalado anualmente a 17 de novembro, tem um impacto global associando-se a efeitos a curto e longo prazo, como atraso do crescimento e do neurodesenvolvimento, efeitos socioeconómicos e início precoce de patologias crónicas.¹³ Define-se como prematuro todo o RN cujo parto ocorre pré-termo (antes das 37 semanas de gestação – SG – completas) e os prematuros são classificados consoante o peso em gramas (g) e as SG,¹⁰ aumentando o risco de morbimortalidade com o grau de prematuridade.¹³ Assim:

- De acordo com o peso:¹⁰
 - Baixo peso: <2500g;
 - Muito baixo peso: <1500g;
 - Extremo baixo peso: <1000g.
- De acordo com as SG:¹⁰
 - Pré-termo tardio (PTT): ≥34 e <37SG;
 - Pré-termo moderado: ≥32 e <34SG;
 - Grande prematuro: <32SG;
 - Prematuro extremo: <28SG.

Em 2020 nasceram cerca de 13,4 milhões de RN pré-termo, não havendo alteração mensurável globalmente nas taxas de RN pré-termo na última década. Destes, cerca de 15% eram grandes prematuros e 4,2% prematuros extremos. Ainda em 2020, no panorama global, o Sul Asiático e a África Subsariana registaram a maior parte dos casos, e cerca de 50% de todos os partos pré-termos ocorreram em oito países, por ordem decrescente: Índia, Paquistão, Nigéria, China, Etiópia, Bangladesh, República Democrática do Congo e Estados Unidos da América.¹³

1.3. O CMIN e o serviço de neonatologia

O CMIN integra atualmente o Centro Hospitalar Universitário de Santo António e a sua construção iniciou-se em 2011, com inauguração em 2014. Simultaneamente é realizada obra de recuperação da Maternidade de Júlio Dinis¹⁴ (que sucedeu em 1938 à primeira Maternidade do Porto, fundada em 1910)⁴ e que é assim integrada no CMIN.¹⁴

O presente estágio decorreu no SN do CMIN, um dos centros de referência nacional em cuidados neonatais e cirúrgicos, garantindo assistência 24h por dia a RN da área local de referência e RN de áreas de referência periféricas com necessidade de cuidados intensivos. A atividade assistencial é prestada nas suas áreas de especialização, isto é, nos Cuidados Intensivos e Intermédios, Cuidados Normais, Núcleo de Partos, Consulta Externa e em colaboração com o Centro de Medicina Materno-Fetal. Dispõe ainda de vigilância em ambulatório de RN/lactentes de risco e possui uma unidade móvel de apoio domiciliário, que fornece apoio a RN de alto risco nas primeiras semanas após o internamento neonatal.¹⁵

Num mundo cada vez mais automatizado, não consigo deixar de ficar maravilhada sempre que há um toque humano para melhorar tudo, pelo que importa descrever esse lado que me encantou. No primeiro dia de estágio, ao conhecer as instalações na ótica do neonatologista apresentada pela Prof. Carmen, fiquei maravilhada com a exposição fotográfica (figura 1) da autoria da enfermeira Helena Flores e da médica Sandra Pereira, no âmbito da Semana do Aleitamento Materno (AM) (30 setembro - 6 outubro) e que permanecia no *hall* de entrada do CMIN transmitindo uma mensagem, suscetível à interpretação de cada observador, mas que a mim parece-me clara: a normalidade da amamentação, despida de preconceitos, transversal a todos e imbuída de amor.

Por sua vez, no espaço exterior da unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) e intermédios neonatais, a humanização dos profissionais de saúde do serviço com a foto e identificação de cada um; um secretariado em que sazonalmente é colocado algo elaborado pela equipa e alusivo ao facto de que um em cada dez bebés nasce prematuro (figura 2); assim como uma sala de amamentação onde as mães podem extrair o leite, cuidada e privada. Nesta UCIN os pais têm lugar e são incentivados à participação nas atividades diárias do RN, dentro do possível. A Prof. Carmen diz-me que “sempre que um bebé nasce prematuro, toda uma família nasce prematuramente” e, não imaginando quão avassalador é para uma família a prematuridade, fascinou-me a preocupação e cuidado com fazer do CMIN uma segunda casa, humana e acolhedora, para os pais que lidam com a disrupção do percurso normativo que sonhavam e para os profissionais do serviço.

2. O Estágio

2.1. Objetivos

Com este estágio objetivava a observação da prática e competências médicas e dos desafios inerentes ao SN num geral, e em particular:

- Obter e consolidar conhecimentos e aplicá-los na prática clínica;
- Contactar com a assistência neonatal ao nascimento;
- Contactar com os meios de reanimação neonatal;
- Adquirir competências práticas na abordagem inicial das principais patologias do RN;
- Saber reconhecer o fisiológico, para identificar sinais de alarme no RN;
- Executar autonomamente o exame e avaliação do RN;
- Compreender o funcionamento e valências inerentes ao SN, *per se*;
- Adquirir/melhorar competências de comunicação e empatia, interpares e com as famílias;
- Descrever e refletir sobre o RN na vertente da atuação médica, em concordância com o observado;
- Compreender as preocupações mais frequentes das famílias;
- Elaborar uma reflexão sobre o estágio.

2.2. Planificação

Completando a informação referida brevemente na introdução:

- Local: SN do CMIN;
- Orientação: Prof. Doutora Carmen Carvalho. Em cada dia de estágio acompanhava diferentes médicos do SN, conforme a indicação da orientadora;
- Data: 18 de dezembro de 2024 a 30 de janeiro de 2025;
- Número de horas totais: 83,5h.

O estágio consistiu no acompanhamento e observação da atividade médica nas diferentes valências do SN - passagem de turno, reunião materno-fetal, consultas externas, urgências de neonatologia, cuidados normais, UCIN e intermédios, e das atividades da Prof. Dr.^a Carmen (reunião da comissão de ética). As atividades e carga horária estão discriminadas na Tabela I.

2.3. Descrição do estágio

2.3.1. Passagem de turno

Esta vertente englobou uma atividade meramente observacional e a procura autónoma de informação que me acrescentasse valor enquanto futura médica. A passagem do turno ocorre diariamente às 8h30 e ao final da manhã, pelas 12h30, com atualização de todos os médicos presentes sobre a evolução de cada um dos RN na UCIN e intermédios neonatais, pertinentes positivos, negativos e medidas médicas a suspender e/ou a ponderar, assim como situações sociais a resolver, com delegação de tarefas. Isto faz-se verbalmente e com recurso a documento informatizado e esquematizado, é atualizado diariamente e garante que todos os neonatologistas têm sempre acesso à informação mais recente.

Em alguns dias, no final da passagem de turno havia lugar a um *journal club*, nos quais estive presente. No dia 23/12/2024 abordaram a sífilis congénita e uma proposta de atualização do protocolo do CMIN, na sequência de um caso grave de sífilis congénita registado no SN. A sífilis congénita resulta da passagem transplacentar de *Treponema pallidum* durante infeção materna disseminada e, menos frequente, pela exposição a lesões genitais durante o parto¹⁶ podendo considerar-se um marcador de parca vigilância da gravidez. O risco de infeção congénita aumenta com a duração da exposição gestacional (cerca de 50 a 70% na sífilis primária e cerca 15% se a mãe foi infetada mais de um ano antes da conceção).¹⁶

O segundo e último *journal club* a que assisti foi no dia 30/12/2024, na sequência das mais recentes recomendações da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN)¹⁷ sobre as curvas de crescimento de RN de termo e pré-termo. As novas recomendações definem que as curvas de Fenton de 2013, até aqui utilizadas apenas para RN pré-termo, são as mais adequadas para avaliar o crescimento intrauterino no RN de termo. Para monitorizar o crescimento pós-natal do RN de termo, mantém-se as curvas padrão da OMS 2006.¹⁷ Por unanimidade, instituem que esta será a prática a aplicar pelos profissionais do CMIN.

2.3.2. Urgência de neonatologia

O tempo neste serviço foi de 36h distribuídas pelos dias 27/12/2024, 03/01/2025 e 10/01/2025, englobando as passagens de turno e a atividade assistencial ao nascimento, sendo que no meu caso esta atividade podia ser dividida com o acompanhamento médico na UCIN.

A atividade assistencial inclui os cuidados na sala de parto e a avaliação do RN no serviço de apoio à amamentação. Começando por este último, o CMIN dispõe de um serviço desenvolvido pela equipa de enfermagem, que visa ajudar as mães que precisam de ajuda neste processo, ensinando os prematuros a mamar, pela dificuldade que têm em combinar a sucção, deglutição e respiração. Apesar de direcionado aos RN prematuros, também está disponível a RN de termo nos quais se identifique, aquando da alta hospitalar, que há alguma dificuldade e as mães aceitam este apoio. Diariamente o neonatologista verifica se algum dos RN precisa de avaliação médica, sendo os motivos mais frequentes a icterícia neonatal e a evolução ponderal. Impressionou-me o trabalho desenvolvido por estas enfermeiras, tão humanas e incansáveis, assim como a humanização do espaço.

Relativamente ao bloco de partos, podemos dividir a função do neonatologista na sua componente burocrática (mas crucial) e na componente da prática médica, *per se*. Nesse sentido, primeiramente deve verificar as admissões naquele momento e ao longo do dia, antevendo o nível de serviço e, para cada admissão, praticar cuidados antecipatórios. Identificar e antever possíveis situações de risco para patologia neonatal e potenciais RN de alto risco são a melhor forma de garantir uma assistência idónea. Nesse sentido, antes do parto e em linha do que é recomendado pela SPN,¹⁸ o neonatologista verifica se a gravidez decorreu sem intercorrências e se existem patologias maternas, terapêuticas farmacológicas ou hábitos toxifílicos passíveis de afetar o RN. Verifica ainda que dispõe de toda a informação medicamente relevante, nomeadamente o grupo sanguíneo materno, duração da gravidez, dados referentes à vigilância da gravidez (estudo pré-natal, serologias e estudos ecográficos) se os houver e o resultado do *Streptococcus* do grupo B. Na ausência de alguma informação aborda a grávida no sentido de perceber se dispõe da informação necessária e, caso a resposta seja negativa, institui os devidos protocolos. Toda a informação relevante é preenchida em formulários pré-definidos e que acompanharão o RN durante o seu percurso hospitalar, assim como no boletim de saúde infantil e juvenil. Todos estes documentos são depois completados com a informação pós-parto relevante como a antropometria, índice de Apgar, data e hora de nascimento. Importa referir que o índice de Apgar (tabela II) é um método rápido para avaliar o RN imediatamente após o nascimento e a resposta à ressuscitação, se necessário. É registado o valor ao 1º e 5º minuto de vida de todos os RN e em intervalos de 5 minutos a partir daí até aos 20 minutos em RN com pontuação inferior a 7. Valores de 7-10 são considerados tranquilizadores, 4-6 moderadamente baixos e de 0-3 preocupantes. Por si só este índice não permite prever mortalidade neonatal nem resultado neurológico adverso, pelo que não deve ser usado com essa finalidade.¹⁹

Quanto à parte prática, a maioria dos RN apenas requerem cuidados normais na transição para a vida extra-uterina. Nesse sentido, o neonatologia executa uma avaliação inicial rápida e sistemática para identificar a necessidade de intervenção, determina o índice de Apgar e executa o exame de todos os RN, independentemente da modalidade de parto. Quando necessário, aplica medidas de reanimação neonatal. No caso da cesariana o médico é chamado à sala antes desta se iniciar, devendo validar que dispõe de toda a informação e material necessário; no parto vaginal é chamado a avaliar o RN após o parto, sendo boa prática fazê-lo o mais precocemente possível. Importa ainda referir que, no período neonatal imediato, tal como recomendado pela SPN,¹⁸ todos os RN com mais de 35 SG, tónus, respiração e cor adequados devem ser colocados em contacto pele-a-pele com a puérpera durante a primeira hora de vida e amamentado, se essa for a vontade da mãe.

Neste serviço executei uma atividade observacional e quando possível realizei o exame do RN. Dentro de todos os casos a que assisti, três foram mais marcantes e fizeram-me refletir sobre a situação, sobre os meus valores e que tipo de médica eu seria. O primeiro ocorreu no dia 03/01/2025: grávida a residir em Portugal há 2 meses, com gravidez vigiada no Brasil. De madrugada recorreu ao CMIN por possível trabalho de parto e o neonatologista é chamado após o parto eutócico, para observar o RN. À chegada ao núcleo de partos verifica que a grávida fez consulta em Portugal, com prescrição de análises do terceiro trimestre, mas sem registo das mesmas, sendo que as serologias do primeiro e segundo trimestre não apresentavam alterações de relevo. A neonatologista fala com a mãe, confirma a ausência de cumprimento das análises, alerta para os riscos e recomenda a colheita sanguínea para serologias e a não amamentação até serem conhecidos os resultados serológicos, mas a mãe decide amamentar. O teste inicial para o vírus da imunodeficiência humana (VIH) é positivo e o confirmatório negativo, pelo que se atuou como um caso VIH positivo: suspensão da amamentação, início de terapêutica do RN e restantes medidas protocoladas. Este caso fez-me refletir sobre os modelos de decisão médico-doente assim como a trajetória que permitiu o erro como um *swiss cheese model*.

Os outros dois casos ocorreram no dia 10/01/2025. O primeiro, um possível caso de má evolução ponderal de RN de termo seguido no serviço de apoio à amamentação. Fez-se o estudo inicial, sem qualquer alteração patológica, apoiando a hipótese inicial de estar relacionado com o AM. Este caso, fez-me refletir sobre a amamentação, sobre extremos e sobre a minha tendência inicial para julgar, apesar de compreender que a mãe ambicionava muito o AM e estava em sofrimento com o insucesso. O segundo caso tratava-se de uma grávida admitida no núcleo de partos que, desde a admissão, manifestou que não autorizava a vacinação (por acreditar numa associação causal com o autismo), nem a administração intramuscular de vitamina K ao RN. Como

indicado pela SPN, é prática clínica recomendada a profilaxia da doença hemorrágica por déficit de vitamina K a todos os RN com peso superior a 1500g e até às 6h de vida.¹⁸ Este caso fez-me refletir sobre a desinformação, sobre a minha ignorância face a essa mesma desinformação e que ferramentas usaria para melhor informar os progenitores.

2.3.3. Unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais

Na região Norte, o SN é um dos dois centros de referência para Cardiologia e Cirurgia Neonatal, assim como Hipotermia induzida, dispondo de técnicas avançadas de tratamento invasivo, equipamentos de monitorização cerebral e hemodinâmico e técnicas de imagem à cabeceira do RN.¹⁵ Uma dessas técnicas de uso à cabeceira, e que assume um papel fundamental nesta unidade, é a ecografia transfontanelar, uma técnica segura e que permite a avaliação do desenvolvimento cerebral em função da idade corrigida destes RN, avaliando ainda possíveis lesões cerebrais. Perante alterações na ecografia ou no caso de RN de muito risco, recorre-se à ressonância magnética nuclear.²⁰

A UCIN e intermédios do CMIN é composta por vinte e quatro unidades: doze destinam-se aos cuidados intensivos e doze aos cuidados intermédios. Dispõe ainda de duas salas de isolamento destinadas aos RN que, pelas mais diversas razões, necessitem de isolamento. No exterior da UCIN existe uma luz que indica aos pais se podem ou não entrar (verde é permitido, vermelho não) e dispõe ainda de dois sinais de controlo sonoro (orelhão) – um na UCIN e outro nos cuidados especiais – uma vez que o ambiente acústico e em especial os sons agudos e intensos podem ser prejudiciais para o RN. Segundo a SPN um nível de ruído superior a 45dB é prejudicial e sons transitórios não devem exceder os 65dB, devendo as condições acústicas da UCIN favorecer “a comunicação verbal inteligível, um esforço vocal normal ou relaxado, privacidade nas conversas dos pais e profissionais, a estabilidade e não interrupção do sono.”²¹

Quanto às condições luminosas, a SPN recomenda que “as luzes artificiais intensas e brilhantes, elevados níveis de ruído, sensações dolorosas frequentes, a privação do sono, a sedação prolongada e a separação materna, afetam o desenvolvimento global e neurosensorial”²² e desenvolveu um consenso clínico sobre as condições de luminosidade ideais para o desenvolvimento do RN internado, seguido pelo CMIN. Importa destacar que a modulação do RN, ao invés da estimulação, facilita um estado de tranquilidade que promove a organização motora e estimula um correto desenvolvimento.²

A filosofia de tratamento traduz uma abordagem holística e abrangente, centrando-se no RN e na família, o que traduz uma preocupação pelos que não têm o percurso normativo pós-parto e têm neste serviço uma segunda casa, pelo que o ambiente é tranquilo, acolhedor até, apesar de toda a parafernália de equipamentos. Os progenitores são incentivados a estar presentes e a participar, tanto quando possível, nas atividades inerentes ao RN, estimulando a autonomia da família. E para encorajar os pais (e profissionais) o SN tem medalhas de “conquistas XXL para bebés XXS” que visam celebrar pequenas conquistas como quando atingem 1Kg nos prematuros extremos; completam 1 mês de idade e/ou quando fazem contacto pele-a-pele, vulgo método canguru, pela primeira vez. No SN todos os cuidadores do RN são incentivados, quando possível, a fazer o método canguru. A evidência científica indica que o contacto pele-a-pele do RN com a mãe, pai ou outro cuidador, assim como o AM, são das medidas mais eficazes para prevenir a mortalidade no RN prematuro, contribuído ainda para a vinculação e desenvolvimento do bebé. A OMS recomenda que se inicie o contacto com sessões curtas, intermitentes, assim que a condição do RN estabilizar e o permitir, mas já existem estudos, maioritariamente em hospitais com baixos recursos, que demonstraram que o método canguru contínuo com a mãe imediatamente após o nascimento, em bebés entre 1,0 e 1,799Kg resultaram numa redução significativa da mortalidade neonatal²³ o que traduz a importância do incentivo a esta medida. Relativamente ao AM, aqui todas as gotas são preciosas pois protegem o prematuro contra infeções sistémicas, como sépsis tardia e enterocolite necrotizante.² O prematuro tem um atraso de maturação do sistema imunitário e o leite materno (LM) pré-termo contém fatores antimicrobianos importantes como a imunoglobulina A, lactoferrina e lisozima, sendo das medidas mais eficazes para prevenir a mortalidade.²³ Comparativamente, o leite humano de dadora (LHD) não tem a mesma qualidade e pode não conferir as mesmas vantagens.² Na ausência ou insuficiência de LM, a OMS preconiza o uso de LHD como alternativa preferencial para os RN de baixo peso, principalmente nos países de baixo e médio rendimento,²⁴ mas o leite de fórmula é uma opção válida. Vários estudos indicam que, em prematuros e RN<2500g, o leite de fórmula, em comparação com o LHD, permite um aumento mais robusto dos parâmetros antropométricos, mas associa-se a um risco aproximadamente duas vezes maior de enterocolite necrotizante, não havendo qualquer evidência quanto à mortalidade e ao desenvolvimento neuropsicomotor a longo prazo.²⁵ Nesse sentido, é prática clínica no CMIN a administração de LHD a todos os RN<1500g, na indisponibilidade ou insuficiência de LM, desde que haja consentimento válido (escrito e assinado) por ambos os progenitores.

Por último, intrinsecamente relacionado com a UCIN estão duas questões fulcrais na medicina: o processo de tomada de decisões e a comunicação. E se a definição de decisão-partilhada não é consensual, o mesmo não se aplica à comunicação como pilar da relação

terapêutica.^{2,26} Existem muitas barreiras de comunicação, a tecnologia pode ser avassaladora para os pais e a incerteza é uma constante, para os pais e para os profissionais, pelo que a compreensão dos vários elementos da comunicação, a empatia e a medicina narrativa são fundamentais.²⁷ Para além disso, o internamento não é programado, condicionando a comunicação e o consentimento informado; e com a evolução tecnológica aumentam as questões éticas, a exigência e a responsabilidade legal, social, profissional, política e histórica dos profissionais de saúde.⁶ Por tudo isto e muito mais, os dilemas éticos são intrínsecos à prática médica no SN.²

2.3.4. Cuidados normais

O tempo completado neste serviço foi de cerca de 13h distribuídas pelos dias 20/12/2024, 23/12/2024 e 30/12/2024. Iniciava o dia na passagem de turno e depois dirigia-me aos cuidados normais (cuidados na enfermaria e cuidados na alta). Os cuidados na enfermaria requerem saber as características fisiológicas do RN para conseguir identificar sinais preocupantes. De modo sistematizado, inclui a avaliação do RN no primeiro dia de vida, a sua alimentação, cuidados com o coto umbilical, imunizações e rastreios. Quando aplicável, inclui ainda a vigilância do RN com risco infeccioso.

A primeira avaliação deve ocorrer nas primeiras 24h de vida e requer: assegurar que dispomos de todos os dados obstétricos e perinatais necessários, assim como avaliar globalmente e minuciosamente o RN. Para tal faz-se o rastreio neonatal universal do reflexo do olho vermelho e o exame do RN: o exame físico completo; exame neurológico, da função motora e avaliação dos reflexos primitivos. Afere-se ainda a possibilidade de icterícia pela observação da pele, escleróticas e gengivas do RN, num local com luz natural ou fluorescente branca.¹⁸

Quanto à alimentação há uma função de apoio dos médicos e enfermeiros essencial às mães que decidem amamentar. Na última década, a importância do LM ressurgiu e o seu valor é incontestável em termos nutritivos, imunológicos e afetivo,^{2,28} seja o AM exclusivo, misto ou parcial.²⁹ O LM é um fluído dinâmico e o alimento de eleição para todos os lactentes (quase sem exceção). A exceção aplica-se às infeções maternas, sendo que em Portugal a única indicação para evicção total do AM é a infeção pelo VIH 1 e 2 e pelo vírus T-linfotrópico humano tipo 1 e 2. Para todas as demais situações deve-se ponderar a suspensão ou continuação do AM caso a caso.²⁸ Durante esta fase é importante perceber o conhecimento e dúvidas dos pais, desmistificar conceitos e apoiar. Desde logo, explicando a importância do colostro, que nesta fase a amamentação faz-se em livre demanda, ajudar com o correto posicionamento do RN para que a pega seja adequada e o momento agradável, facilitando a vinculação. É igualmente importante envolver o/a companheiro/a

neste processo. Por último, é fulcral respeitar e não julgar as mães que decidem não amamentar, apoiando-as. Nestes casos, como recomenda a SPN,¹⁸ o RN é amamentado em livre demanda, mas em intervalos nunca superiores a 4h e o volume de leite deve ser no mínimo 15-30ml por biberão.

Relativamente ao coto umbilical, se cortado e clampado em condições de assepsia, não está recomendado a aplicação de antissépticos tópicos, sendo que o uso de clorhexidina ou álcool a 70º pode atrasar a queda do cordão umbilical. O uso de antissépticos reserva-se apenas para as situações em que a assepsia não foi garantida, pelo que devemos explicar aos pais como limpar corretamente, a importância de manter o local limpo e seco, e alertar para os sinais de alarme como descargas purulentas, granulomas ou eritema.¹⁸

Nos pais que autorizam a (altamente recomendada) imunização, é assegurado ao RN a vacina da hepatite B, que deve ocorrer na maternidade e nas primeiras 12h nos RN filhos de mães AgHBs positivas.³⁰ Na altura do estágio, assegurava-se ainda a imunização sazonal com o anticorpo monoclonal contra o vírus sincicial respiratório, causa frequente de infeções em idade pediátrica, com risco de doença grave nos prematuros e nos primeiros meses dos RN.³¹ Relativamente à BCG, os RN com fatores de risco individuais ou comunitários são sinalizados para posterior vacinação nos cuidados primários.¹⁸ Por último, verifica-se o cumprimento ou agendamento dos rastreios neonatais universais obrigatórios: rastreio auditivo; rastreio das cardiopatias congénitas e o programa nacional de diagnóstico precoce.¹⁸ Em todos estes momentos, aplica-se sempre a explicação do que estamos a fazer, o apoio e esclarecimento de dúvidas, assim como a avaliação informal da dinâmica familiar.

A hospitalização do RN nos cuidados normais deve ser a adequada para permitir a deteção clínica de problemas no RN e a adaptação da mãe num ambiente calmo e de suporte. Como tal, a SPN recomenda a alta de um RN saudável e de termo até às 48h, se cumpridos os cuidados na alta. A alta hospitalar antes das 24h de vida denomina-se “alta muito precoce” e entre as 24h e 48h de vida, designa-se “alta precoce”. Em Portugal, desde os anos 90 que se implementou a alta precoce, sem impacto nas taxas de readmissão. No caso de parto por cesariana, recomenda-se as 72h pois a evidência científica sugere uma tendência para atraso no início de lactação, aumentando o risco de desidratação e icterícia.¹⁸ Neste contexto, a outra vertente dos cuidados normais são os cuidados na alta que incluem a educação parental, avaliação da perda ponderal, avaliação do risco de hiperbilirrubinemia e o programa alta segura (informação e formação às famílias sobre regras de segurança no transporte do RN).

A educação parental assenta no apoio e capacitação dos pais. Explorar a amamentação, as rotinas, explicar o que é normal, as medidas de prevenção da síndrome de morte súbita do lactente,

qual deve ser o seguimento do RN saudável e os sinais de alarme (como icterícia, febre, engasgamento, recusa em mamar e irritabilidade) que devem motivar consulta urgente.¹⁸

Para avaliar o estado de nutrição do RN, a antropometria é o método mais simples, económico e praticável e no RN saudável avalia-se o peso, comprimento e perímetro cefálico.² O peso é nesta avaliação inicial a medida mais usada,² sendo a perda ponderal no período neonatal quase universal. Atualmente o *cut-off* para perda excessiva corresponde a uma perda ponderal superior a 10% nas primeiras 72h de vida,³² associando-se a aumento de risco de complicações como a hipernatremia, desidratação e hipoglicemia.^{18,32} O conhecimento do peso antes da alta hospitalar permite identificar RN em risco de morbilidade, instituir medidas compensatórias, protelar a alta e/ou aumentar o nível de vigilância.¹⁸ O crescimento pós-natal é influenciado por fatores nutricionais e emocionais (sensação de segurança e felicidade) sendo expectável um aumento ponderal de 30g por dia no primeiro trimestre, 20g por dia no segundo trimestre e 10g por dia no segundo semestre de vida.²⁹

Por último, segundo a SPN, todos os RN devem ser avaliados quanto ao risco de desenvolver hiperbilirrubinémia grave, não estando indicada a medição por rotina da bilirrubina. Primeiramente afere-se a icterícia pela observação do RN e, se a apresentarem, complementamos a avaliação com a medição do nível de bilirrubina por método transcutâneo ou doseamento sérico, conforme o adequado. A combinação do exame, com a medição e a idade gestacional, permite uma boa previsão de casos que requeiram um protocolo de seguimento diferente.¹⁸ Importa ainda referir que a icterícia é um problema comum, afeta cerca de 60% dos RN e é maioritariamente causada por situações benignas e prolongadas.² É classificada em:²

- icterícia fisiológica: surge após as 24h de vida; duração máxima de 7 dias no RN de termo e 14 dias no pré-termo;
- icterícia patológica: surge nas primeiras 24h de vida; mantém-se para além dos 14 dias de vida.

Todas as icterícias patológicas devem ser alvo de avaliação médica. A icterícia do LM merece uma abordagem em particular porque, apesar de benigna e autolimitada, pode prolongar-se para além dos 14 dias² pelo que se deve esclarecer os benefícios do AM e incentivar às mamadas frequentes (8-12 vezes ao dia).¹⁸ Por último devemos alertar os pais para sinais de alarme como colúria e/ou fezes despigmentadas, que devem motivar avaliação médica.²

A verificação é o último passo. Verificam toda a avaliação prévia, que o RN tem o encaminhamento adequado e que estão garantidas as condições de apoio domiciliário necessárias.

Na dúvida, a alta hospitalar é protelada e solicita-se o apoio de uma assistente social do CMIN para avaliar a situação.

Como já vai longa a narrativa, gostaria apenas de descrever o que me marcou mais. Em primeira instância, a minha ausência de conhecimento pela diferença que o apoio empático dos profissionais faz no processo de amamentação. Depois, apesar de uma reincidência, a recusa dos pais na vacinação dos RN, nunca deixou de me angustiar e entristecer. E por último, a multiculturalidade e a importância da sensibilização dos profissionais. Em Portugal verifica-se uma intensificação do fluxo migratório, que é um desafio à capacidade organizativa das instituições de saúde,³³ e a área da neonatologia não é exceção. Como tal, importa minimizar o impacto das diferenças culturais para assegurar o melhor cuidado de saúde possível. Entre as inúmeras definições, a cultura pode ser definida como o mecanismo através do qual as pessoas aprendem como estar no mundo, como se comportar e o que valoriza e dá sentido à vida. A adoção dos princípios da congruência cultural que assenta em quatro pilares: conhecimento, consciencialização, sensibilidade e competência,³⁴ é cada vez mais essencial na prática médica. É crucial manter sempre em mente que nada deve ser presumido, tudo pode ser abordado de forma empática e interessada,³³ com respeito pelos limites do outro.

2.3.5. Consultas externas

Apesar da evolução dos cuidados neonatais, a prematuridade continua a associar-se a complicações a longo prazo, particularmente alterações neurológicas e alterações do desenvolvimento. A incidência da paralisia cerebral é de particular preocupação, com perfil decrescente nas últimas décadas mas, o mesmo não se verifica em relação ao comprometimento cognitivo e aos desafios sociais e emocionais.³⁵ Ademais, contrariamente ao que se pensava, os RN PTT, pela sua relativa imaturidade fisiológica e metabólica, têm morbimortalidade superior à dos RN de termo,³⁶ e vários estudos sugerem que condiciona desvantagem socioeconómica, com menor nível laboral e escolar,³⁷ assim como comprometimento neurocognitivo na fase final da vida adulta.³⁸ Nesse sentido, apesar de todos os RN seguirem o acompanhamento normativo preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, os prematuros seguem um perfil de acompanhamento multidisciplinar, mantendo a consulta hospitalar. Os RN de termo apenas têm seguimento em consulta hospitalar na presença de algum fator obstétrico, relacionado com o parto ou neonatal que assim o justifique.

Descrevendo as consultas, a todos os RN é efetuado um exame médico oportunístico para assegurar o normal desenvolvimento e crescimento (parâmetros antropométricos). Para avaliar o

crescimento nos prematuros recorre-se à idade corrigida para as 40 semanas, sendo esta correção efetuada até aos 24 meses no peso, 40 meses na estatura e 18 meses no perímetro cefálico.²⁹ A periodicidade das consultas é definida de acordo com a idade corrigida até aos 2 anos e a partir daí, conforme a idade cronológica.³⁶ O seguimento do RN de termo dependerá do que o médico entende ser o adequado à situação clínica. Como recomendado pela SPN³⁶ a vigilância dos RN PTT inclui:

- Vigilância clínica e do desenvolvimento psicomotor (tabelas de *Mary Sheridan*) até as 40 semanas de idade corrigida, 1 mês, 3, 6, 9, 12, 18, 24 e 36 meses;
- Teste de *Griffiths* pelos 2,5-3 anos, transitando para a consulta de desenvolvimento pediátrica;
- Avaliação cognitiva aos 5-6 anos através do teste WPPSI – *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*;
- Ecografia transfontanelar na primeira semana de vida e às 40 de idade pós-menstrual, repetida à posteriori se necessário;
- Seguimento individualizado, adequado à família e recursos sociais disponíveis.

Os RN com idade <32SG e/ou muito baixo peso, seguem estratégia de avaliação diferente e o acompanhamento do desenvolvimento faz-se até aos 8 anos.^{2,20}

Neste estágio assisti a 34 consultas, num total de 26,5h. A distribuição dos casos observados de acordo com a idade gestacional encontra-se na figura 3 e de acordo com o sexo biológico na figura 4. Em termos percentuais 32,5% das consultas corresponderam a RN de termo; 35,3% a RN PTT; 17,6% a RN pré-termo moderado; 8,8% a grandes prematuros e 5,9% a prematuros extremos. Quanto ao motivo para a consulta de neonatologia dos RN de termo estes estão expostos na figura 5 e foram quatro: infeções congénitas, evolução ponderal, complicações intraparto (todos cefalohematomas) e sépsis neonatal precoce (ocorre nas primeiras 72h de vida).

As infeções congénitas e do RN são importante causa de morbimortalidade. A maioria deve-se a vírus e originam frequentemente lesões no sistema nervoso central, sendo um problema clínico *major* e um desafio global.² Em Portugal a DGS recomenda o rastreio da sífilis, hepatite B, VIH, serologias da rubéola, toxoplasmose e, quando aplicável, o citomegalovírus, em todas as grávidas e nos tempos definidos pelo Programa Nacional para a Vigilância na Gravidez.³⁹ A variedade de manifestações é imensa, uma vez que os microrganismos podem infetar a placenta em diferentes fases da gestação, o que acarreta diferentes repercussões no desenvolvimento neonatal,² motivo pelo qual os RN são seguidos em consulta hospitalar.

Relativamente à evolução ponderal esta pode ser preocupante, mas não figurar má evolução ponderal, definida como:²⁹

- Peso inferior ao percentil 3 ou inferior a 2 desvios padrão em mais do que uma ocasião;
- Cruzamento descendente do peso de dois ou mais percentis;
- Peso inferior a 80% do peso ideal para a estatura (P50);
- Peso para a altura inferior ao P10;
- Aumento diário inferior ao expectável para a idade.

A etiologia é frequentemente multifatorial, o prognóstico depende da etiologia e da idade, nem todas as crianças têm patologia subjacente e a marcha diagnóstica deve ser avaliada caso a caso.²⁹ Todas as crianças com suspeita de má evolução ponderal e/ou desnutrição devem ser encaminhadas para consulta hospitalar.

2.3.6. Reunião materno-fetal

As reuniões materno-fetais resultam da colaboração de várias especialidades para assegurar o melhor apoio à grávida e ao RN. Incluem a partilha de informação em formato *journal club* e a discussão de casos clínicos inerentes à instituição e protocolos de atuação. Assisti a duas reuniões. A primeira (20/12/2024) abordou a cardiomiopatia periparto (uma forma aguda e por vezes severa de degeneração cardíaca que pode levar à insuficiência cardíaca durante a gravidez ou no pós-parto),⁴⁰ procedimentos de atuação e indicações para cesariana.

A segunda (10/01/2025) abordou o caso de uma grávida com achado ecográfico de calcificações hepáticas grosseiras, discussão e definição da abordagem multidisciplinar ao futuro RN. Abordou ainda a relevância da avaliação do pH do cordão umbilical. Como definido na Orientação 005/2015 da DGS “a análise da gasimetria de sangue do cordão umbilical é o método mais objetivo de avaliar a oxigenação do RN”⁴¹ e é o melhor método para avaliar a hipoxia, hiperoxia e o transporte de dióxido de carbono,² devendo a colheita ocorrer imediatamente após o parto, preferencialmente sem laqueação prévia do cordão umbilical.⁴¹ A SPN recomenda a laqueação no 1º minuto de vida em todos os RN de termo ou pré-termo vigorosos.¹⁸

Conclusão

Nem sempre é fácil descrever o que nos move e se na escolha as incertezas tinham o seu lugar, hoje não o têm. Este estágio foi muito multifacetado, englobando uma panóplia de conhecimentos e práticas médicas. Acredito que, neste ponto, os leitores já tenham percebido que os objetivos propostos foram globalmente atingidos, graças à excelente orientação da Prof. Carmen, ao profissionalismo e à boa vontade dos médicos com quem contactei, bem como ao meu empenho.

O estágio em si implicou a prática e observação daquilo que são competências do neonatologista, assim como o conhecimento do normal como base para a identificação do patológico, e as temáticas mais frequentes foram: evolução ponderal; AM; desenvolvimento; infeções congénitas e neonatais; prematuridade e o RN saudável.

No currículo oculto observei de perto a capacidade de comunicação e relacional dos diferentes médicos. Gostei de observar como a explicação das medidas instituídas e o motivo abria espaço para a honestidade dos pais. E sensibilizou-me, principalmente nos profissionais com mais anos de experiência, a normalização de todas as questões medicamente relevantes, o que inclui a parte socioeconómica. Escuta ativa, comunicação empática, sem julgamentos, foco na saúde como um todo.

Por último, apesar de o curso de medicina englobar estágio em Pediatria, em momento algum me permitiu este nível de aplicação e aquisição de conhecimento. Nesta experiência prática, asseverbou-me o lado humano e a multiculturalidade, arrebatou-me o lado emotivo e racional dos cuidados intensivos, derrubou-me as decisões de não-vacinação. Mas adquiri e consolidei conhecimento e competências técnicas, desenvolvi competências pessoais, pelo que foi uma mais-valia na minha formação.

Reflexão da autora

Há uma beleza indescritível no ato médico e na observação da variabilidade interindividual e, se formos bons observadores, memorizamos o que queremos para nós, cravamos na alma o que não queremos. Lev Tolstói escreve “Para Ivan Iliitch só tinha importância uma questão: o seu estado era grave ou não”⁴²(p.43). Ser bom médico, na minha opinião, requer competência científica e técnica, mas também requer saber que é um privilégio e uma responsabilidade cuidar e tratar do Outro, não só da doença, mas da pessoa que tem a doença. Exige aplicar os princípios bioéticos (justiça, autonomia, beneficência e não-maleficência), requer empatia e reflexão constante sobre os nossos valores morais, os níveis de responsabilidade, vulnerabilidades e julgamentos.

Na Neonatologia podemos lidar com questões de princípio e de fim de vida, tudo é mais complexo. Envolve o RN, a família, os projetos idealizados, a carga emocional da incerteza e da culpa, dos pais e dos profissionais. Em 1960 um RN com 1000g tinha um risco de mortalidade de 95%, em 2000 tinha 95% de probabilidade de sobrevivência,⁴³ o que se associa inexoravelmente a questões éticas importantes principalmente no limiar da viabilidade e nos cuidados paliativos.² Num mundo ideal, encontra-se apoio a estas questões no equilíbrio entre a autonomia dos profissionais de saúde e a parental, mas e quando as decisões dos pais colidem com os nossos valores? A escolha antivacina angustiou-me e impulsionou-me a procurar informação. Vivemos numa era em que o combate à desinformação é uma emergência, cada vez mais pessoas recusam e questionam a vacinação, facto amplificado pelas plataformas sociais.⁴⁴ Surtos de doenças preveníveis como o sarampo estão em perfil crescente e a recusa da vacinação, um dos avanços mais transformadores na medicina, ocorre globalmente.⁴⁴ Segundo a OMS, desde 1974 a vacinação evitou 154 milhões de mortes, incluindo 146 milhões entre crianças com menos de 5 anos, das quais 101 milhões tinham menos de 1 ano.⁴⁵ Apesar disso o movimento antivacinas está em perfil crescente, pelo que temos a responsabilidade de conhecer as fontes que geram dúvidas, para saber informar. E o mais difícil, devemos deixar os preconceitos à porta do consultório, levar a empatia e ouvir para perceber de onde vem o medo. É imperativo combater a desinformação médica para o futuro não seja periclitante e soçobre sob o peso da ignorância.

Segundo Maya Angelou “Todos os grandes artistas têm o mesmo recurso: o coração humano, que nos ensina que temos mais semelhanças do que diferenças”⁴⁶(p.90). Parece-me que todos os grandes médicos têm o mesmo recurso: a humanização da medicina, independentemente do estatuto socioeconómico, dos valores, da cultura e da origem do doente.

Apêndices



Figura 1. Fotografia de parte da exposição fotográfica, alusiva à Semana do Aleitamento Materno, disponível no hall de entrada do CMIN.

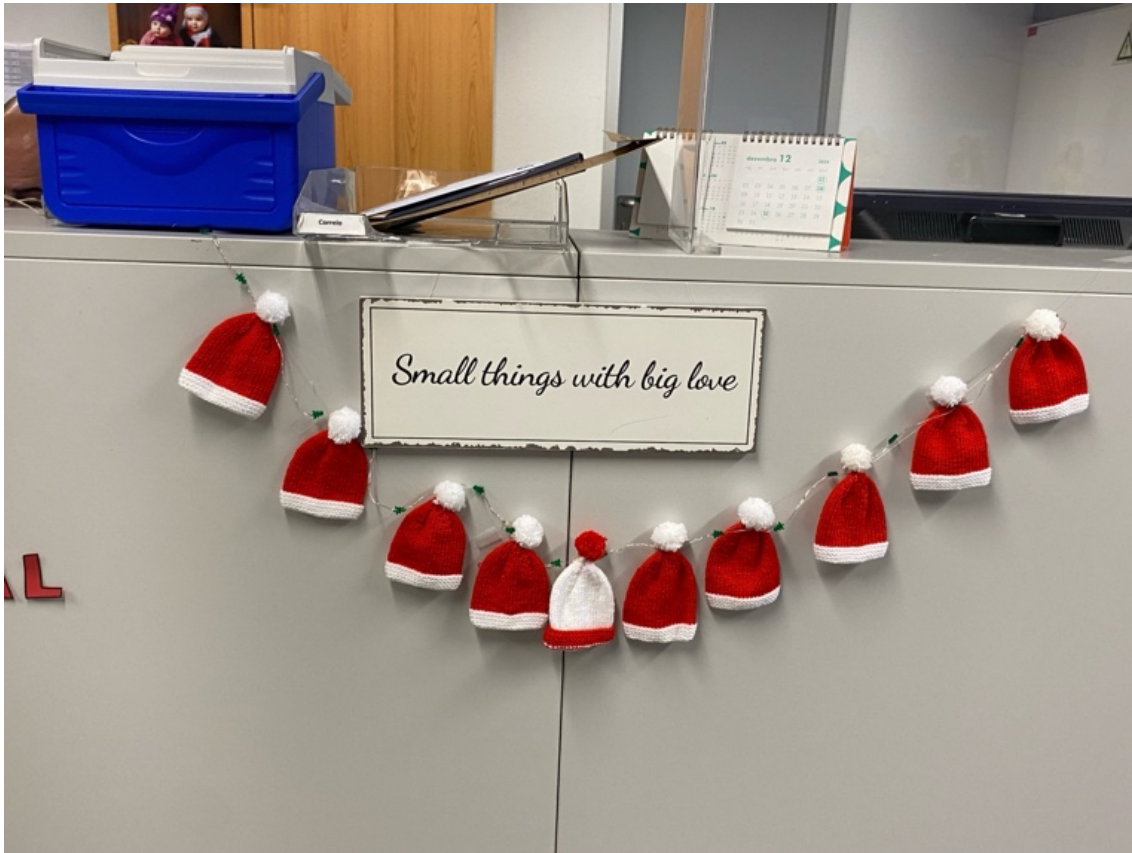


Figura 2. Fotografia da decoração do secretariado da UCIN no primeiro dia de estágio, simbolizando que 1 em cada 10 RN nasce prematuro.

Tabela I. Distribuição da carga horária e das atividades desenvolvidas durante o estágio em Neonatologia.

DATA	NÚMERO DE HORAS	ATIVIDADE(S)
18/12/2024	3	Conhecer o serviço de neonatologia Observação de ecografias transfontanelar na UCIN
20/12/2024	4,5	Passagem de turno da manhã Reunião materno-fetal Cuidados normais
23/12/2024	8,5	Passagem de turno da manhã Cuidados normais Consulta de neonatologia
27/12/2024	12	Todas as passagens de turno Urgência de neonatologia
30/12/2024	5	Passagem de turno da manhã Cuidados normais
03/01/2025	12	Todas as passagens de turno Urgência de neonatologia UCIN
06/01/2025	4,5	Consulta de neonatologia
07/01/2025	4,5	Passagem de turno da manhã Consulta de neonatologia
08/01/2025	4,5	Reunião da comissão de ética com Prof. Doutora Carmen
10/01/2025	12	Todas as passagens de turno Reunião materno-fetal Urgência de neonatologia UCIN
23/01/2025	4	Consulta de neonatologia
27/01/2025	4,5	Consulta de neonatologia
30/01/2025	4,5	Consulta de neonatologia
TOTAL	83,5 horas	

Tabela II. Descrição dos parâmetros avaliados no índice de Apgar.

Parâmetros	0	1	2
Frequência cardíaca	0	< 100 bpm	> 100 bpm
Respiração	0	Irregular	Regular
Irritabilidade	0	Alguma reação	Choro
Tónus	0	Hipotónico	Movimentos ativos
Cor	Cianosado, palidez cutânea	Cianose das extremidades	Rosado

Nota: bpm – batimentos por minuto

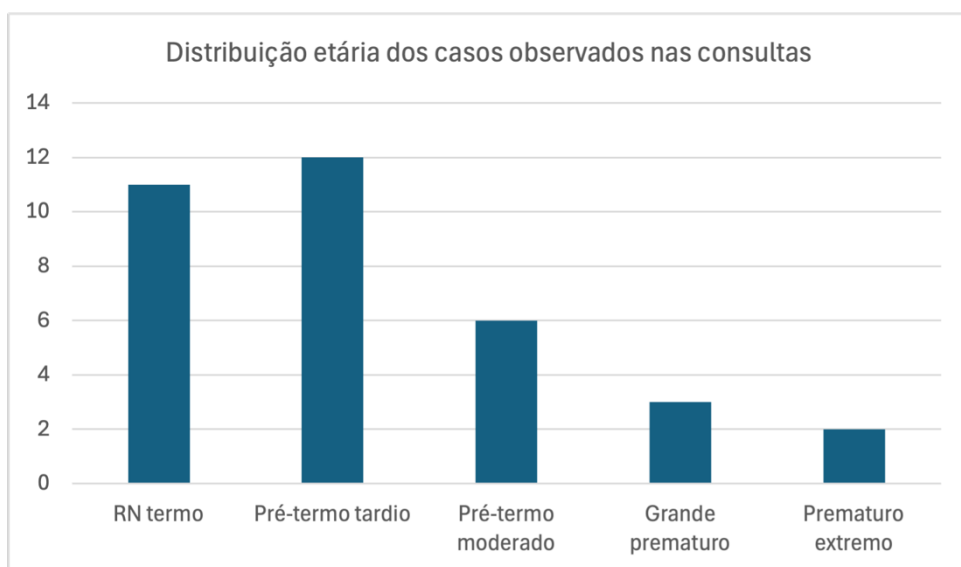


Figura 3. Número de consultas externas observadas segundo a idade gestacional dos RN.

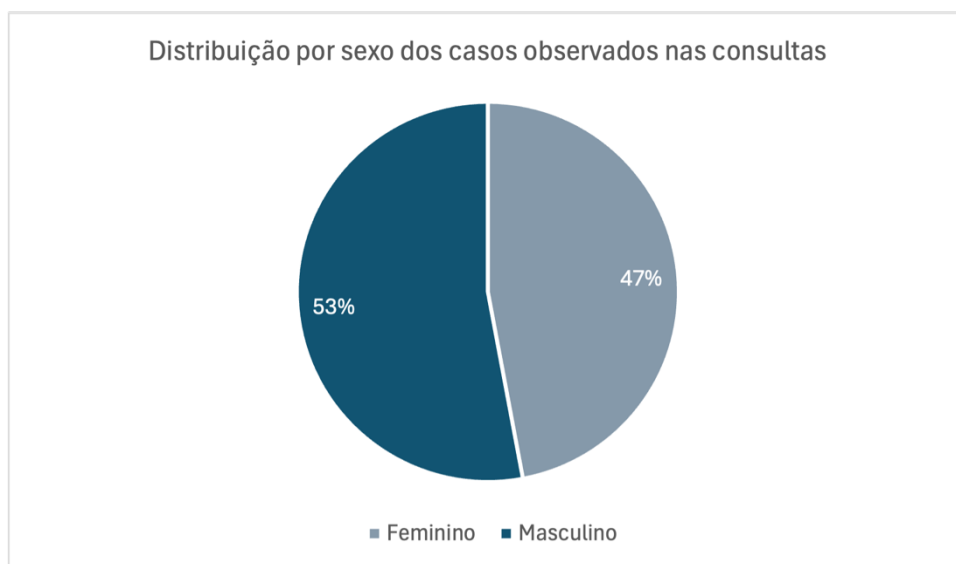


Figura 4. Número de consultas externas observadas segundo o sexo biológico dos RN.

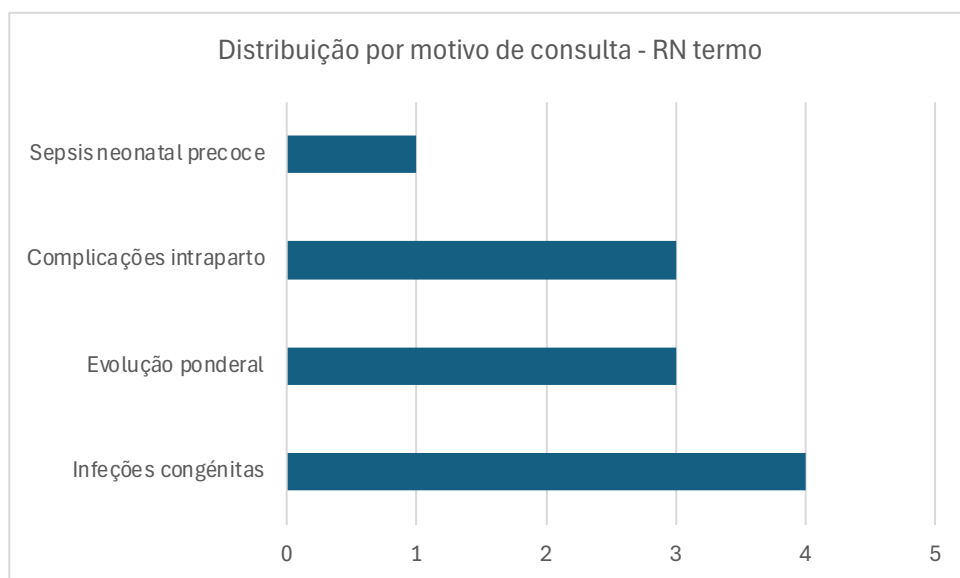


Figura 5. Distribuição das consultas externas dos RN de termo por motivo de consulta.

Referências

1. Antunes JL. Um Neurocirurgião em Construção. 3.ed. Lisboa: Gradiva Publicações S.A.; 2019.
2. Afonso AC, Carvalho C, Proença E, Costa LC. Neonatologia - Formação Avançada. 1.ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.; 2024.
3. História da Neonatologia no Mundo (Internet). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia; página eletrónica; disponível em https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf. Consultado pela última vez a 2025/03/04.
4. Barreto X, Correia JP, Cunha O, Matos A, Peixoto J, Machado JC, Alves O, Santos NS. A mortalidade infantil em Portugal: evolução dos indicadores e factores associados entre 1988 a 2008. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2014.
5. A criança e a pediatria (Internet). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; página eletrónica; disponível em <https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/102/crianca-e-pediatria>. Consultado pela última vez a 2025/03/04.
6. Carvalho C. Sentidos de Responsabilidade em Cuidados Intensivos Neonatais. *In*: Castro JC. Niemeyer-Guimarães M, Siqueira-Batista R. Caminhos da Bioética. Volume III. Teresópolis: Editora Unifeso; 2021.
7. Neto M, Amaral JMV. The Evolution of Pediatrics in Portugal: A Historical Overview. *Çocuk Dergisi / Journal of Child*, 2024;23(4):379–83.
8. George JP. Prematuros. Inquérito às políticas públicas de saúde neonatal. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2014.
9. Definição de Neonatologista (Internet). Lisboa: Ordem dos Médicos; página eletrónica; disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/OSJD-Definicao-de-Neonatologista-Aprovada-pelo-CN-da-Ordem-dos-Medicos-a-5-de-Agosto-de-2020.pdf>. Consultado pela última vez a 2025/03/24.
10. Preterm birth: Definitions of prematurity, epidemiology, and risk factors for infant mortality (Internet). Waltham, MA: Wolters Kluwer (UpToDate); página eletrónica; disponível em <https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-definitions-of-prematurity-epidemiology-and-risk-factors-for-infant-mortality>. Consultado pela última vez a 2025/03/28.

11. Newborn mortality (Internet). Genebra: World Health Organization; página eletrónica; disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>. Consultado pela última vez a 2025/03/28.
12. Perin J, Mulick A, Yeung D, *et al.* Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):106–15.
13. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, *et al.* National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *The Lancet*. 2023;402(10409):1261–71.
14. História - Memória e Património Cultural (Internet). Porto: Centro Hospitalar Universitário de Santo António; página eletrónica; disponível em <https://www.chporto.pt/v0B0E/historia>. Consultado pela última vez a 2025/05/01.
15. Serviço de Neonatologia (Internet). Porto: Centro Hospitalar Universitário de Santo António; página eletrónica; disponível em <https://www.chporto.pt/v0C0J0B0A0D>. Consultado pela última vez a 2025/05/01.
16. Stafford IA, Workowski KA, Bachmann LH. Syphilis Complicating Pregnancy and Congenital Syphilis. *N Engl J Med*. 2024;390(3):242–53.
17. Pereira-da-Silva L, Virella D, Pissarra S, *et al.* Growth charts from birth for infants born at term and preterm: updated guidelines from the Portuguese Neonatal Society. *Portuguese Journal of Pediatrics*. 2024;55(4):241-248.
18. Recomendação/Consenso “Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável” (Internet). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia; página eletrónica; disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saudável.pdf>. Consultado pela última vez a 2025/05/02.
19. Watterberg KL, Aucott S, Benitz WE, *et al.* The apgar score. *Pediatrics* 2015;136(4):819–22.
20. Revisão do Consenso de Neuro-Imagiologia Neonatal (Internet). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia; página eletrónica; disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2010-Neuroimagiologia.pdf>. Consultado pela última vez a 2025/05/08.
21. Consenso Clínico “O Som na Unidade de Neonatologia” (Internet). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia; página eletrónica; disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>. Consultado pela última vez a 2025/05/03.

22. Consenso Clínico “A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro” (Internet). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia; página eletrónica; disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/A-luz-e-o-desenvolvimento-visual-do-RN-prematuro.pdf>. Consultado pela última vez a 2025/05/03.
23. WHO Immediate KMC Study Group. Immediate “Kangaroo Mother Care” and Survival of Infants with Low Birth Weight. *N Engl J Med*. 2021;384(21):2028–38.
24. Guidelines on Optimal feeding of low birth-weight infants in low-and middle-income countries (Internet). Genebra: World Health Organization; página eletrónica; disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85670/9789241548366_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Consultado pela última vez a 2025/06/02.
25. Quigley M, Embleton ND, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;2019(7).
26. Carvalho C, Freitas AC, Pinho L, *et al*. Shared Decisions in Neonatal Intensive Care – Bioethical Approach. *Birth and Growth Medical Journal*. 2021;30(1):39–43.
27. Germana C, Miranda F, Carvalho C. Communication in a Neonatal Intensive Care Setting: 10-Step Approach. *Acta Med Port*. 2022;35(5):316–9.
28. Franco C, Castilho S, Graça A, *et al*. Transmissão de Infecções pelo Aleitamento Materno. *Acta Pediatr Port*. 2018;49:243-52
29. Afonso AC, Mansilha H, Coelho MP. Saúde Infantil e Juvenil - Manual Prático. 1.ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.; 2017.
30. Norma 018/2020 – Programa Nacional de Vacinação 2020 (Internet). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; página eletrónica; disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>. Consultado pela última vez a 2025/05/07.
32. Norma 05/2024 - Imunização Sazonal contra o Vírus Sincicial Respiratório em Idade Pediátrica: Outono-Inverno 2024-2025 (Internet). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; página eletrónica; disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-052024-de-12082024-atualizada-a-11102024-imunizacao-sazonal-contra-o-virus-sincicial-respiratorio-em-idade-pediatria-outono-inverno-2024-2025-pdf.aspx>. Consultado pela última vez a 2025/05/07.
32. McAllister J, Wexelblatt S, Ward L. Controversies and Conundrums in Newborn Feeding. *Clin Perinatol*. 2023;50(3):729–42.

33. Paiva-Ferreira I, Moreira M, Ferreira-Costa I, *et al.* A Emergência da Multiculturalidade nos Cuidados Neonatais Portugueses: Desafios e Linhas de Orientação. *Acta Med Port.* 2025;38(1):1–4.
34. Schim SM, Doorenbos AZ. A three-dimensional model of cultural congruence: Framework for intervention. *J Soc Work End Life Palliat Care.* 2010;6(3):256–70.
35. Inder TE, Volpe JJ, Anderson PJ. Defining the Neurologic Consequences of Preterm Birth. *N Engl J Med.* 2023;389(5):441–53.
36. Consenso Clínico “Prematuridade Tardia” (Internet). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia; página eletrónica; disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-PTT-.pdf>. Consultado pela última vez a 2025/05/08.
37. Heinonen K, Eriksson JG, Kajantie E, *et al.* Late-preterm birth and lifetime socioeconomic attainments: The Helsinki Birth Cohort Study. *Pediatrics* 2013;132(4):647–55.
38. Heinonen K, Eriksson JG, Lahti J, *et al.* Late preterm birth and neurocognitive performance in late adulthood: A birth cohort study. *Pediatrics* 2015;135(4):e818–25.
39. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Internet). Lisboa: Direção-Geral da Saúde, página eletrónica; disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>. Consultado pela última vez a 2025/05/09.
40. Arany Z. Peripartum Cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 2024;390:154–64.
41. Orientação 005/2015 - Colheita de Sangue do Cordão Umbilical para Gasimetria (Internet). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; página eletrónica; disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052015-de-19012015-pdf.aspx>. Consultado pela última vez a 2025/05/12.
42. Tolstói L. A morte de Ivan Iliitch. Lisboa: Relógio D’Água Editores; 2007.
43. Philip AGS. The evolution of neonatology. *Pediatr Res.* 2005;58(4):799–815.
44. Piot P, Larson HJ, O’Brien KL, *et al.* Immunization: vital progress, unfinished agenda. *Nature.* 2019;575(7781):119–29.
45. Shattock AJ, Johnson HC, Sim SY, *et al.* Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization. *The Lancet* 2024;403(10441):2307–16.
46. Angelou M. Carta à minha Filha. 1.ed. Lisboa: Lua de papel; 2019.

