

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO-  
INFANTIL, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO  
INTEGRADA À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

**Maria Teresa Barbosa**

**OS INDICADORES DE QUALIDADE DA  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM  
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
NEONATAL UNIVERSITÁRIA**



**NITERÓI  
Dezembro / 2013**

Maria Teresa Barbosa

**OS INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL UNIVERSITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança - Área de Concentração: Atenção Integrada à Saúde da Mulher e da Criança.

Orientador: Prof. Titular Valdecyr Herdy Alves

Niterói

2013

B223

Barbosa, Maria Teresa

Os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal universitária / Maria Teresa Barbosa. – Niterói : [s.n.], 2014.

60 f.

Orientador: Valdecyr Herdy Alves.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, 2014.

1. Indicadores de qualidade em assistência à saúde . 2. Cuidados de enfermagem. 3. Enfermagem neonatal. I. Título.

CDD 610.7362

MARIA TERESA BARBOSA

**OS INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL UNIVERSITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Atenção a Saúde da Mulher da Criança Área de Concentração: Atenção Integrada à Saúde da Mulher e da Criança.

Aprovada em 12 de Dezembro 2013

.....  
Valdecyr Herdy Alves, Prof. Titular, EEAAC / UFF

.....  
Inês Maria Meneses dos Santos, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, EEAP / UNIRIO  
1<sup>a</sup> Examinadora

.....  
Liliane Faria da Silva, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, EEAAC / UFF  
2<sup>a</sup> Examinadora

.....  
Audrey Vidal Pereira, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, EEAAC / UFF  
3<sup>a</sup> Examinador

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, Autor da minha vida, que tem me sustentado e encorajou durante toda a minha existência e que nunca desistiu de mim.

Aos meus filhos, noras, genros e netos, sempre presentes em todos os momentos, investindo e motivando, auxiliando e me levando sempre mais além.

Ao Orientador Professor Titular Valdecyr Herdy Alves, o “melhor orientador do mundo”, pela paciência, dedicação, compreensão, supervisão, e por estar sempre presente na elaboração deste estudo. Posso afirmar com certeza que a minha caminhada não seria a mesma sem a presença desse grande Mestre. Muito obrigada!

Aos recém-nascidos e seus pais, por “permitirem” os nossos cuidados e o desenvolvimento de nosso trabalho a partir dos procedimentos realizados.

Aos enfermeiros da Unidade, pela pronta resposta e pelo preenchimento dos formulários de coleta de dados, mesmo em um ambiente que exige a atuação constante desses profissionais.

À minha gerente, Rosangela Azevedo, que em muitos momentos alterou os meus horários de trabalhos para que fosse possível o desenvolvimento e a conclusão deste estudo.

Aos colegas de trabalho, Renata, Flávia André, Luiz Henrique, Maria Bertila e Rosangela, que me forneceram referências e informações essenciais para o desenvolvimento deste estudo.

Aos amigos, incentivadores de todos os dias, pelas alegrias e dores compartilhadas, que sempre acreditaram, perdoaram e compreenderam as minhas ausências.

À Vanessa Siqueira, que chegou para ser ajudada e acabou ajudando mais que qualquer outra coisa, amiga com quem pude contar em todos os momentos na elaboração deste estudo.

À Comunidade da Igreja de Nova Vida de Vila Valqueire, com quem exerço minha fé e com quem tenho colocado os meus propósitos diante de Deus, onde aprendo a refletir e a nunca encarar a realidade como pronta.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico o trabalho os meus filhos: Simone, Veronica, Vinicius e Wanessa, pelo amor incondicional, sempre me assegurando que não estou só nessa caminhada. Agradeço por terem compreendido os momentos de crise, e também porque digitaram, corrigiram e sugeriram, contribuindo muito para o resultado deste estudo. Muito obrigada. Amo vocês!

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A qualidade assistencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deve ser assegurada ao indivíduo pelos serviços de saúde e sua avaliação depende dos resultados obtidos e de registros adequados. **OBJETIVOS:** Identificar os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem vigentes na UTIN de um hospital universitário localizado em Niterói (RJ), relacionados à assistência ventilatória e à terapia intravenosa; Analisar os reflexos, na prática profissional, da observância desses indicadores em relação a esses procedimentos; Discutir de que forma o aprimoramento da prática de enfermagem neonatal deve ser realizado visando maximizar a qualidade daqueles procedimentos. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, quantitativo, tendo como cenário uma UTIN universitária, e como sujeitos os enfermeiros que nela trabalham. Os dados coletados por meio de questionário sistematizado contendo questões objetivas sobre o protocolo assistencial observado durante aqueles procedimentos assistenciais, foram submetidos a tratamento estatístico, agrupados em um banco de dados, processados no programa Microsoft Office – Excel/Windows e apresentados em quadros e tabelas. A Resolução CNS-466/12 foi observada na íntegra. **RESULTADOS:** Ocorreram 76 internações na UTIN. Na assistência ventilatória houve 105 intervenções, sendo 62 de CPAP, 29 de TOT e 9 de Oxy-hood. Na terapia intravenosa, foram 72 instalações de acesso venoso periférico, 52 instalações de PICC e 22 instalações de cateter umbilical. **CONCLUSÃO:** Os dados evidenciam que nenhum procedimento atendeu integralmente ao padrão ouro correspondente à melhor prática possível, submetendo o paciente a risco de danos e agravos à sua saúde, e confirmando a necessidade de aperfeiçoamento dos processos de trabalho de enfermagem.

**Palavras chave:** Indicadores de qualidade da assistência em saúde; Assistência de enfermagem; Enfermagem neonatal.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Care assistance quality in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) must be assured to the individual by health services and its evaluation depends on the results obtained and the adequate registers. **GOALS:** to identify the quality indicators related to nursing assistance, which are in vigor in the NICU of a University Hospital located in Niteroi (RJ), related to the ventilatory support and intravenous therapy; to analyze the reflections, in the professional practice, of the observance of these indicators concerning the procedures; to discuss in which way the improvement of neonatal nursing practice must be carried on, aiming at maximizing the quality of these procedures. **METHODOLOGY:** Descriptive, quantitative study, having as scenario a University NICU and, as subjects, the nurses who work there. The data collected through systematic questionnaire, containing objective questions about assistance protocol observed during those assistance procedures, were submitted to statistic treatment, grouped in a data bank, processed on Microsoft Office-Excel/Windows program and presented in charts and tables. CNS-466/12 Resolution was observed as a whole. **RESULTS:** There were 76 hospitalizations in NICU. Concerning ventilator support, there were 105 interventions, 62 of which CPAP, 29 TOT and 9 Oxy-hood. Related to intravenous therapy, there were 72 peripheral venous access, 52 PICC and 22 umbilical catheter. **CONCLUSION:** The data show that no procedure meet fully the golden pattern corresponding to the best possible practice, submitting the patient to damage risks and grievances to the health and confirming the need of improving the nursing work processes.

**Key words:** Health assistance quality indicators; nursing assistance; neonatal nursing.



## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>                               | <b>11</b> |
|          | OBJETO DE ESTUDO .....  | 11        |
|          | 1.1 QUESTÕES NORTEADORAS .....                                    | 16        |
|          | 1.2 OBJETIVOS .....   | 16        |
|          | 1.3 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO<br>ESTUDO .....  | 17        |
| <b>2</b> | <b>PRESSUPOSTOS TEÓRICOS .....</b>                                | <b>19</b> |
|          | 2.1 QUALIDADE E SEU SIGNIFICADO NA SAÚDE .....                    | 19        |
|          | 2.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM .....                    | 23        |
|          | 2.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA UTI<br>NEONATAL ..... | 25        |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA .....</b>  | <b>33</b> |
|          | 3.1 TIPO DE PESQUISA .....  | 33        |
|          | 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....                           | 33        |
|          | 3.3 COLETA DE DADOS .....   | 34        |
|          | 3.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS .....                 | 35        |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>                               | <b>36</b> |
| <b>5</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                 | <b>47</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>50</b> |
|          | BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS.....                                    | 53        |
|          | <b>APÊNDICES .....</b>  | <b>54</b> |
|          | <b>ANEXO .....</b>  | <b>60</b> |

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

### QUADROS

|   |   |    |
|---|---|----|
| 1 | Média de Instalações .....                                      | 36 |
| 2 | Instalações do Acesso Venoso Periférico .....                   | 43 |
| 3 | Instalações <i>versus</i> tentativa de instalação do PICC ..... | 44 |
| 4 | Instalação de Cateter Umbilical .....                           | 46 |

### TABELAS

|    |   |    |
|----|---|----|
| 1  | Proteção de septo nasal .....                         | 37 |
| 2  | Lesão de septo nasal .....                            | 38 |
| 3  | Padrão de saturação – CPAP .....                      | 39 |
| 4  | Motivo de retirada – CPAP .....                       | 39 |
| 5  | Padrão de saturação – TOT .....                       | 40 |
| 6  | Motivo de retirada – TOT .....                        | 41 |
| 7  | Padrão de saturação – Oxy-Hood .....                  | 42 |
| 8  | Motivo de retirada – Oxi-Hood .....                   | 42 |
| 9  | Motivos de retirada do acesso venoso periférico ..... | 44 |
| 10 | Motivo de retirada – PICC .....                       | 45 |
| 11 | Motivos de retirada do cateter umbilical .....        | 46 |

*“Ó Deus de meus pais, eu te dou graças e te louvo, porque me deste sabedoria e força, e agora me fizeste saber o que te pedimos.”*

(Daniel 2:23)

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a discussão dos indicadores de qualidade da assistência ventilatória e da terapia intravenosa realizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital universitário, observando os procedimentos realizados com mais frequência na prestação de assistência ao recém-nascido, e seus reflexos nos processos de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Sabe-se que o desenvolvimento de técnicas e equipamentos, além da construção de um conjunto de conhecimentos específicos, repercute diretamente na sobrevivência de recém-nascidos (RN) cada vez mais prematuros. Esse aumento na expectativa de vida dos RN prematuros e/ou doentes, resultante das tecnologias utilizadas em seu cuidado, gera uma exigência de incorporação, nesse cenário, de profissionais mais qualificados tecnicamente, científica e eticamente. Sendo assim, com os contínuos avanços tecnológicos observados nas últimas décadas, aliados à especialização dos profissionais que atuam em neonatologia, a sobrevida de RN prematuros de idade gestacional cada vez menor, representa uma realidade vivida no cotidiano das unidades neonatais no Brasil.

“A Construção de um corpo de conhecimentos específicos e o desenvolvimento de técnicas e equipamentos repercutem diretamente na sobrevivência de recém nascidos cada vez mais prematuros<sup>1</sup>.”

O desenvolvimento tecnológico apresenta eficácia na redução da mortalidade neonatal, no entanto, modifica a organização do trabalho no que diz respeito à atenção ao RN, e tende a se colocar entre o profissional e a criança<sup>1</sup>.

Atualmente a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um dos setores de várias especializações do cuidado aos recém nascidos dentro das instituições de saúde. Nesse espaço restrito, há concentração de diferentes profissionais, diferentes tecnologias e diferentes saberes. A assistência oferecida aos neonatos está orientada para o diagnóstico e a terapêutica na busca da recuperação biológica dos prematuros ou da cura da doença<sup>1</sup>.

Como foi dito acima, no espaço da UTIN atuam profissionais como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos, dentre outros. Há, portanto, também concentração de diferentes tecnologias e diferentes saberes. A assistência oferecida busca, através dos cuidados oferecidos, eliminar os agravos no crescimento e desenvolvimento desses RN, garantindo-lhes uma sobrevida com qualidade, e além da recuperação dos vários sistemas afetados pela prematuridade, favorece a criação e manutenção de vínculos familiares.

Observa-se que, por vezes, a ação dos profissionais acontece de forma sinérgica para uma assistência que atenda de maneira ampla as necessidades de saúde do RN; outras vezes, as ações são fragmentadas, não contemplando as dimensões da criança, nem considerando sua inserção na família e na sociedade.

Percebe-se que o processo de trabalho tenha sua produção de cuidados por meio do trabalho coletivo, em que as ações são realizadas isoladamente ou em cooperação entre agentes da mesma área, ou ainda, em complementaridade entre agentes das diferentes áreas. Dentre as inúmeras dimensões que permeiam o trabalho no modelo clínico de cuidar, o trabalho em equipe é uma delas, sendo caracterizado pela complementaridade das atividades. Todavia, deve-se ressaltar que o trabalho em saúde, na maioria das vezes, é coletivo, mas nem sempre é um trabalho em equipe, isto porque a equipe multiprofissional não é somente um agrupamento de profissionais de áreas distintas, atuando coletivamente, visto que é preciso haver articulação entre eles, conexões entre seus saberes e intervenções distintas<sup>2</sup>.

Os procedimentos da terapêutica e do diagnóstico são valorizados nas UTIN e acabam se sobrepondo a outras possibilidades de cuidado, tais como: melhorar o ambiente através de intervenções que minimizem o desconforto dos RN, como o posicionamento adequado do recém nascido, a alteração do ambiente (diminuição de ruídos e iluminação, agrupamento de cuidados dentre outros), a incidência da dor e dos agravos no neurodesenvolvimento dos mesmos. Levando-se em consideração que é na ação dos profissionais dessas Unidades, e que é no encontro com os usuários que o cuidado se torna real, impõe-se a necessidade de reavaliar a prática desses profissionais objetivando o alcance de um cuidado de qualidade.

A qualidade da assistência vem sendo discutida entre os profissionais de saúde e muitos desafios têm sido levantados no sentido de atender as demandas de forma eficiente e eficaz visando uma assistência de excelente qualidade. A propósito, a literatura científica considera que *qualidade* “é o conjunto de atributos que inclui [...] nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco e alto grau de satisfação dos usuários, considerando-se essencialmente, os valores sociais existentes<sup>3</sup>.”

No Brasil, iniciativas para a melhoria da qualidade assistencial têm sido desenvolvidas, a exemplo do Programa de Acreditação Hospitalar, da certificação pelo International Organization for Standardization (ISO), do sistema integrado de gestão em organizações hospitalares, da realização de auditorias de prontuários, de contas e de riscos, dentre outras. Atualmente, o resultado da qualidade da assistência restringe-se às mudanças observadas no estado de saúde do paciente, já que para medi-la precisamente, seria preciso que todas as causas vinculadas ao seu problema de saúde fossem controladas<sup>3</sup>.

Sabe-se que a arte de cuidar é inerente à enfermagem, ciência cuja essência e especificidade é o cuidado integral ao ser humano, seja individualmente, na família ou em comunidades, para tanto desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe ações / atividades de promoção, prevenção de doenças, reabilitação e recuperação da saúde. Sendo assim, o conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intercessão entre a filosofia, a ciência e a tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e pela ética, demonstrando efetivo comprometimento com a emancipação humana e a evolução das sociedades<sup>4</sup>.

“Enfermagem é a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade são a assistência/cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, tendo todo embasamento científico para tal. O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existencial do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética, numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades<sup>4</sup>.”

É pertinente lembrar que a enfermagem profissional foi criada a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale, influenciada diretamente por sua passagem nos locais onde se executava o cuidado de enfermagem leigo e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade, humildade, doação e amor ao próximo<sup>5</sup>. Frequentemente lembrada por sua atuação como enfermeira durante a guerra da Criméia, entre 1853-1856, e por suas contribuições para a melhoria das condições sanitárias dos hospitais militares de campo, é considerada a precursora da enfermagem moderna, além de responsável pela utilização de dados estatísticos para representar graficamente as taxas de mortalidade durante aquele conflito armado.<sup>5 6</sup>

“Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem moderna em todo o mundo, obtendo projeção maior a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Criméia(11), em 1854, quando com 38 mulheres (irmãs anglicanas e católicas) organizou um hospital de 4000 soldados internos, baixando a mortalidade local de 40% para 2%. Com o prêmio recebido do governo inglês por este trabalho, fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital St. Thomas - Londres, em 24/06/1860<sup>5</sup>.”

Utilizando esses dados estatísticos, ela mostrou a necessidade de melhoria das condições sanitárias dos hospitais, da criação de escolas de treinamento no padrão Nightingale e da casa de enfermeiras no Hospital St. Thomas, em Londres, na Inglaterra. As primeiras

escolas de treinamento ministravam cursos com duração de um ano, mas com o decorrer do tempo, os cursos passaram a ser de dois anos.

No caso específico das UTIN, o processo de trabalho desenvolvido por profissionais de enfermagem neonatal é permeado por uma série de particularidades relacionadas aos recém-natos gravemente enfermos, dentre as quais destacam-se a abordagem diagnóstica e terapêutica, quase sempre invasiva e agressiva; a freqüente introdução de inovações tecnológicas; a imaturidade de vários sistemas orgânicos dos recém-natos, principalmente dos prematuros, que podem limitar suas respostas fisiológicas .

Ademais, como parte integrante da equipe multiprofissional, a enfermagem neonatal desempenha papel de grande importância, uma vez que além de coordenar toda a assistência ao recém-natos, permanece junto a ele ininterruptamente durante 24 horas, sendo responsável por atividades / ações tais como: manutenção da oxigenação, da ventilação, da termorregulação, da nutrição, do equilíbrio líquido e eletrolítico, da prevenção e controle de infecções e alívio da dor, fornecendo cuidados de assistência para que os recém-nascidos se desenvolvam a contento, ressaltando-se que esses mesmos cuidados se aplicam a todos os recém-nascidos de alto risco. Cabe ainda à enfermagem neonatal relatar as observações feitas junto ao recém- nascido e se relacionar diretamente com seus pais e familiares.

Sendo assim, essas ações / atividades exigem do profissional de enfermagem um conhecimento técnico bastante acurado, além de equilíbrio emocional para intervir quando necessário no processo de trabalho, tendo em vista uma assistência de qualidade com o mínimo de agravo para esses clientes tão especiais.

O enfermeiro da UTIN, na maioria das vezes, assume de forma integral os cuidados dos pacientes mais graves. A modalidade do cuidado prestado inclui o cumprimento das prescrições médica e de enfermagem. Os principais procedimentos relacionados à assistência de enfermagem, relacionados no manual de assistência ao recém-nascido prematuro e observados durante o desempenho de atividades na UTIN, que requerem uma avaliação da qualidade de sua aplicação e posterior intervenção nos processos de trabalho visando a diminuição de agravos aos recém-nascidos, são os seguintes:

- - Instalação e manutenção de assistência ventilatória (TOT, CPAP nasal, Oxy – Hood);
- Manutenção da regulação térmica;
- Instalação de monitoração de frequência cardíaca e de saturação de oxigênio;
- Manutenção da integridade cutânea;
- Instalação e manutenção de acesso venoso (periférico ou profundo); e
- Favorecimento da nutrição e do equilíbrio hidroeletrólítico.

Essas são as Principais atividades relacionadas com a assistência de enfermagem listadas no Manual de Assistência ao Recém Nascido para uma assistência adequada ao recém-nascido prematuro.

Segundo dados do Ministério da Saúde divulgados no Manual de Assistência ao Recém-Nascido, o Brasil vem apresentando uma redução considerável na taxa de mortalidade infantil (de 48,0/1.000 nascidos vivos em 1990 para 26,5/1000 nascidos vivos em 2002). No entanto, ainda essas taxas representam um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo, considerando que o componente neonatal é responsável por um número significativo desses óbitos<sup>6</sup>.

Apesar dessa redução, os cuidados de enfermagem prestados aos recém-nascidos nas UTIN ainda carecem de um acompanhamento contínuo e detalhado, tornando-se importante que a qualidade dessa assistência seja submetida a uma avaliação sistemática, cujos resultados devem ter como objetivo o aperfeiçoamento do processo de trabalho para o alcance de uma redução ainda mais significativa dessas taxas<sup>7</sup>.

O Manual de Assistência ao Recém-Nascido, elaborado pelo Ministério da Saúde, é o documento que normatiza a assistência a essa clientela, além de orientar sobre a planta física da UTIN, os equipamentos, a distribuição de pessoal e os procedimentos executados nessas Unidades. De acordo com o referido Manual, a assistência deve basear-se num sistema que garanta cuidados contínuos e de complexidade crescente em relação proporcional ao nível de risco do neonato. Assim, o nível de cuidado que um recém-nascido requer é definida segundo o risco de morte, a doença e/ou seqüela invalidante, a quantidade e qualidade do pessoal requerido para sua atenção e a continuidade e intensidade dos cuidados, quais sejam: mínimo, intermediário e intensivo<sup>6</sup>.

As Unidades de Tratamentos Intensivos (UTI) foram classificadas em 1998, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em A, B e C, levando em consideração os seguintes critérios: recursos humanos, serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos, recursos físicos, recursos materiais e programas de treinamento, educação, avaliação e controle<sup>7</sup>. Já a Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, conforme Portaria nº 3.422 de agosto do mesmo ano, estabeleceu que as unidades de tratamento intensivo fossem classificadas em Tipos: I, II e III. Ressalta-se que esses mesmos critérios são aplicados às UTIN<sup>8</sup>.

Quanto aos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na UTIN, são aqueles relacionados com a aplicação de conhecimentos e tecnologias no desenvolvimento das técnicas no cuidar, que resultam em minimização ou eliminação das alterações nos recém-



nascidos internados na Unidade, em mínima ou nenhuma seqüela no futuro, garantindo não somente a sobrevivência, mas, a sobrevivência com qualidade<sup>2</sup>. Administrar qualidade refere-se, então, ao esforço para oferecer um bom produto ou serviço aos clientes ou usuários. No caso de um serviço de saúde, o ideal seria uma assistência cujo efeito desejado estivesse de acordo com as expectativas dos usuários, dos técnicos prestadores da assistência, dos gestores dos serviços, dos financiadores e até mesmo dos fornecedores de materiais e equipamentos, entre outros atores privilegiados nesse campo de atuação<sup>9</sup>.

Não é demais lembrar que a correta aplicação dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem poderá subsidiar a avaliação do cuidado prestado e a tomada de decisão, no caso de alteração dos processos de trabalho na UTIN, com reflexos positivos que beneficiarão tanto os cuidadores quanto aqueles que estão sob seus cuidados.

### 1.1 QUESTÕES NORTEADORAS

- Quais são os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem neonatal em vigor atualmente, em relação à assistência ventilatória e à terapia intravenosa?
- Esses indicadores atendem as necessidades do processo de trabalho da enfermagem neonatal?
- O aprimoramento da prática de enfermagem neonatal relacionado com esses procedimentos está articulado com os indicadores vigentes?

### 1.2 OBJETIVOS

- Identificar os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem vigentes na UTIN de um hospital universitário localizado em Niterói (RJ), relacionados à assistência ventilatória e à terapia intravenosa;
- Analisar os reflexos, na prática profissional, da observância dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem vigentes na UTIN de um hospital universitário localizado em Niterói (RJ) em relação a esses procedimentos;
- Discutir de que forma o aprimoramento da prática de enfermagem neonatal deve ser realizado visando maximizar a qualidade da assistência ventilatória e da terapia intravenosa em UTIN;

### 1.3 JUSTIFICATIVAS, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

As instituições de saúde e os serviços de enfermagem enfrentam, atualmente, muitos desafios para atender as demandas da clientela de forma eficiente e eficaz, buscando sempre oferecer uma assistência de excelente qualidade. A presente pesquisa justifica-se por trabalhar com os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem neonatal, a partir do que está preconizado nas políticas públicas de saúde da criança que norteiem a qualidade do serviço como ferramenta para estabelecer indicadores de morbimortalidade neonatal.

A busca pela melhoria da qualidade na assistência é um processo dinâmico que identifica fatores que intervêm nos processos de trabalho da equipe, e requer do enfermeiro implementação de ações que possibilitem aferir sistematicamente a qualidade dos cuidados prestados. Sendo assim, a utilização de indicadores visando à avaliação da qualidade da assistência na UTIN caracteriza-se como estratégia na busca do aperfeiçoamento dos processos de trabalho e da comprovação dos resultados da assistência prestada.

A motivação pelo aprofundamento desse tema surgiu no decorrer da minha prática profissional, atuando há 20 (vinte) anos como enfermeira em UTIN, e mais recentemente como coordenadora da assistência de enfermagem de uma UTIN universitária. Trabalhar diretamente com assistência de enfermagem junto a recém-nascidos prematuros e com agravos despertou-me o desejo de investigar a possibilidade de obter dados que indiquem como os processos de trabalho estão sendo realizados e de que forma esses indicadores podem melhorar a qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos.

O tema é relevante para a equipe multiprofissional, em especial para a equipe de enfermagem, uma vez que o monitoramento dos indicadores de qualidade, levado a efeito por meio da coleta e análise estatística de dados, permite não apenas a identificação de possíveis falhas na assistência prestada ao recém-nascido, mas, sobretudo a correção e o aperfeiçoamento dos processos de trabalho na UTIN.

Espera-se então, que os resultados da pesquisa possam contribuir para preencher lacunas de conhecimento acerca do assunto enfocado, estimulando novas pesquisas a respeito que beneficiem o desempenho profissional em UTIN. Em relação ao ensino, o estudo permitirá que os graduandos atentem para a importância de observar os indicadores de qualidade e de buscar continuamente a aquisição de novos saberes acerca de tudo aquilo que esteja relacionado com a assistência de enfermagem neonatal. Na esfera assistencial, almeja-se alcançar a conscientização profissional no sentido de que é preciso determinação e esforço constantes para atuar em UTIN com segurança técnica e emocional, levando em consideração os indicadores de qualidade de assistência para o alcance da excelência do cuidado prestado àquele que estiverem sob seus cuidados.

## 2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

### 2.1. QUALIDADE E SEU SIGNIFICADO NA SAÚDE

Quando se discute qualidade de um modo geral, e em particular qualidade em saúde, faz-se necessário observar que as origens do assunto foram diferentes em. Na área de gestão, a discussão teve início frente à necessidade de se aumentar a produção, o mercado, a competição e o lucro.<sup>5</sup>

Já na saúde, Florence Nightingale é citada como uma das precursoras da discussão sobre a qualidade da assistência hospitalar, juntamente com o médico Ernest Codman, cujo objeto de preocupação era a prestação de assistência médico-hospitalar<sup>10</sup>.

Como integrante do corpo de enfermagem britânico, atuando como enfermeira superintendente durante a guerra da Criméia, ela constatou que a falta de higiene era responsável pelo grande número de soldados que, embora hospitalizados, vinham a óbito. A partir de então, desenvolveu um trabalho de assistência aos enfermos e de organização de infraestrutura hospitalar. Suas reformas reduziram de 42,7% para 2,2% as taxas de mortalidade no hospital militar, mas ficou constatado que as condições antissanitárias não estavam limitadas aos hospitais de campo<sup>5</sup>.

Assim, no retorno a Londres, em agosto de 1856, quatro meses após a assinatura do Tratado de Paz entre Reino Unido, França, Império da Sardenha e Império Russo, Florence notou que mesmo em tempos de paz, a taxa de mortalidade dos soldados com idades entre 20 e 35 anos era equivalente ao dobro daquela identificada entre os civis. Utilizando essas estatísticas, ela comprovou a necessidade urgente de uma reforma nas condições sanitárias de todos os hospitais militares<sup>5</sup>.

Observa-se, portanto, que a preocupação em avaliar a qualidade da assistência de enfermagem já existia, tornando-se mais evidente quando Florence Nightingale adotou medidas higiênicas de rotina, como a lavagem sistemática das mãos, a manutenção de curativos limpos, a separação de pacientes segundo o tipo de ferimentos que apresentavam, dentre outras que são utilizadas até hoje no ambiente hospitalar<sup>7</sup>.

Na área de saúde, há algumas décadas, ocorrem discussões acerca dos riscos e da segurança da clientela assistida nas unidades de saúde. Observando-se tais questões na perspectiva do serviço de saúde, a qualidade da assistência adquire características particulares, tendo como objetivo o cuidado ao indivíduo que apresenta agravos à saúde. Nesse sentido,

apesar de se considerar que qualidade seja a ausência de defeitos, no Brasil esse conceito pode se revelar insuficiente, uma vez que em nosso país, para se definir saúde leva-se em consideração outros fatores biopsicossociais, como hereditariedade, emprego e salário.

A Constituição Federal brasileira, promulgada em 1988, preconiza que o direito à saúde é mais amplo que o direito à assistência à saúde ou o direito ao acesso aos serviços de saúde. Assim, é possível ampliar o conceito de qualidade de assistência à saúde para qualidade de vida e qualidade de acesso a questões sociais<sup>10</sup>. Seguem-se conceitos sobre saúde que evidenciam a diversidade de entendimento da questão:

Saúde é um completo estado de bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença<sup>11</sup>.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>11 12</sup>.

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele gerando, com o correr do tempo, as mais variadas formas de esforço contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento.<sup>13</sup>

Falar de qualidade em saúde implica falar em avaliação, visto que é por meio da avaliação que se determina o valor de algo que está sob julgamento, para tanto usando-se critérios avaliadores e resultados, permitindo medir e analisar os resultados obtidos e aprimorá-los.

“As primeiras discussões sobre qualidade em saúde mencionavam avaliação da assistência, redução de custos e sedução (encantamento) do cliente<sup>10</sup>”.

Desde os anos 60, vêm sendo publicados os estudos de Avedis Donabedian sobre avaliação em serviços de saúde. Esse autor é a grande referência na avaliação de serviços de saúde, e cita os três grandes objetos de avaliação nos serviços de saúde, que são: estrutura processo e resultado. O autor cita também os setes pilares da qualidade<sup>10</sup>. Médico e administrador hospitalar, nasceu em Beirute (Líbano), e desde os anos 60 escrevia sobre qualidade na saúde, baseando-se na sistematização do conhecimento sobre as várias organizações do cuidado à saúde, especialmente no que se referia à avaliação de qualidade, à monitoração dos serviços, bem como à análise de necessidades e resolutividade de serviços de saúde e programas assistenciais. Em sua opinião, a qualidade do cuidado na saúde decorre de três fatores:

estrutura, processo e resultado<sup>9</sup>. A estrutura refere-se aos recursos disponíveis; o processo tem a ver com a utilização desses recursos; e o resultado deve apontar como e quando é ou não satisfatório o trabalho da organização, no sentido de atingir melhora nas condições observadas na assistência aos clientes desde a sua entrada na instituição, passando pela compatibilidade dos custos com a sustentabilidade do serviço, e pela qualificação dos profissionais envolvidos na assistência<sup>14</sup>. Em relação aos chamados pilares da qualidade, Donabedian cita alguns termos amplamente discutidos nas últimas décadas, mas que vale a pena lembrar. São eles: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.<sup>14</sup> Sendo assim, resgata-se o que consta na literatura científica consultada, no sentido de que:

A missão essencial das instituições hospitalares é atender aos seus pacientes de forma mais adequada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médicas, tecnológicas, administrativas, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa<sup>15</sup>.

Todavia, nos últimos anos, as instituições de saúde têm enfrentado o desafio constante de atender a demanda de uma clientela cada vez mais consciente dos seus direitos, de forma eficiente e eficaz, e que vem exigindo maior comprometimento dessas instituições com a qualidade da assistência oferecida. Essa necessidade de oferecer à clientela assistida nos estabelecimentos de saúde uma assistência de excelente qualidade, sem gastos desnecessários e com racionalização do trabalho, tem requerido de seus gestores a implementação de ações que permitam a avaliação sistemática dos processos de trabalho e a intervenção, quando necessária. Desta forma, infere-se que o alcance da qualidade pelos serviços de saúde torna-se uma atitude coletiva e um diferencial técnico e social necessário para atender a demanda de uma sociedade cada vez mais exigente em relação aos seus direitos.<sup>16</sup>

Geralmente, a avaliação de qualidade é realizada com base em enfoque de sistemas procurando medir as condições estruturais dos serviços: parâmetros físicos, habilitação de pessoal e desempenho de equipamentos. Outras maneiras de realizar a avaliação levam em consideração os indicadores, que são dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos, insumos), saídas (produtos) e desempenho de processos, produto e da organização como um todo.

O Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, que pode ser empregada para monitorar e avaliar as atividades de um serviço, podendo ser definido como um sensor que auxilia a verificar se os objetivos propostos foram ou não alcançados. Esse processo deve ser

visto como algo positivo estabelecendo, assim, objetivos cada vez mais próximos ao ideal, e tentar alcançá-los.

“O indicador é uma unidade de medida de uma atividade [...] ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço<sup>17</sup>”.

“O uso de indicadores, cada vez mais frequentes[...] Eles são instrumentos que possibilitam definir parâmetros que serão utilizados para realizar comparações e agregar o juízo de valor ante o encontrado e o ideal estabelecido e por isso, necessitam de ter sua coleta e sistematização bem planejada<sup>17</sup>” A utilização de indicadores revela-se importante em relação aos dados fornecidos por eles, enquanto a monitoração desses dados possibilita a identificação de oportunidades de melhorias nos processos de trabalho e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade assistencial almejada.

É reconhecido que a falta de tradição na utilização de indicadores de desempenho institucional, de forma sistematizada e integrada, aliada à complexidade da avaliação da área hospitalar, se constitui desafio a ser enfrentado pelos profissionais de enfermagem comprometidos em atender da melhor forma possível as demandas de seus clientes, ainda que seja possível observar nos hospitais uma constante preocupação com a modernização nos modelos gerenciais, visão de processos e de indicadores, evidenciando uma busca pela qualidade dos serviços, excelência de atendimento, custos reduzidos e diminuição do retrabalho<sup>9</sup>.

No Brasil, a área de saúde despertou para o tema *qualidade* há mais ou menos três décadas, devido à diminuição dos recursos financeiros diante de custos cada vez maiores, de uma variada gama de pressões exercidas pelos governos, pelos usuários dos serviços de saúde, e também em decorrência da rápida evolução tecnológica observada cotidianamente na assistência à saúde. Considerando, porém, que “a melhoria da qualidade é um processo contínuo que envolve toda a instituição, desde a parte administrativa até a operacional”<sup>15</sup>, torna-se evidente que é preciso o empenho de todos os que exercem atividades em âmbito hospitalar, a fim de que a excelência da qualidade tão almejada seja alcançada, apesar dos obstáculos existentes.<sup>18 19</sup>

## 2.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

O trabalho é o meio pelo qual o homem se relaciona com outros homens, utilizando a natureza para construir a sua história. No sistema capitalista, o processo de trabalho tem dois

sentidos: a valorização e a acumulação (sentido abstrato); e o processo técnico, o modo de produzir (sentido concreto). Nesse processo, é preciso delimitar o objeto para formar o produto final. Sendo assim, seus elementos essenciais são: o objeto, os instrumentos ou meios de trabalho, a finalidade e o produto final<sup>16</sup>.

Na área da Saúde, o objeto de trabalho possui interfaces com outras áreas, tais como a biológica, a psicológica, a social e a cultural, o que possibilita uma construção ampliada da atenção integral, suprindo as necessidades do cliente nas várias atuações profissionais. Mas é preciso ressaltar que há três aspectos essenciais que se referem ao processo de trabalho em saúde, caracterizados como: técnica que envolve instrumentos e força de trabalho se trata de um serviço com especificidade, é um serviço fundamentado em uma grande inter-relação pessoal, pois, para que o serviço tenha eficácia e eficiência, é necessária a participação do usuário<sup>16</sup>.

Nesse sentido, e de acordo com a literatura científica, o primeiro aspecto considera ser esse processo um exemplo de direcionalidade técnica, que envolve instrumentos e força de trabalho. O segundo aspecto, considera-o um serviço cujas características não são iguais ao da indústria, tendo uma especificidade na medida em que é um serviço. O terceiro aspecto refere tratar-se de um serviço que se funda numa inter-relação pessoal grande, por não ser um serviço realizado em cima de “coisas”, de objetos, mas envolvendo pessoas, e essas pessoas tem que contribuir com o processo para que ele resulte eficiente e eficaz, sendo o usuário desse serviço um co-partícipe e corresponsável pelo resultado da ação terapêutica.

Outra característica do processo de trabalho em saúde é que os atos são fragmentados, como resultado da variedade de profissões, especialidades e novas tecnologias, enquanto o trabalho da enfermagem é visto como um processo particular coletivo, de caráter subsidiário e complementar capaz de transformar o mesmo objeto de trabalho, qual seja, o corpo humano (individual e coletivo). Mas para que essa transformação ocorra, utilizam-se meios e instrumentos específicos de trabalho, tais como “métodos de administração, manuais de normas e rotinas, equipamentos e materiais, força de trabalho da enfermagem e conhecimento técnico da área de saúde em geral, e da enfermagem em particular, envolvendo fundamentação teórica<sup>16</sup>”, dentre outros.

Embora a tecnologia tenha produzido melhoras significativas na assistência ao paciente, essa mesma tecnologia pode representar uma barreira para a qualidade do cuidado no processo de trabalho em enfermagem, quando o profissional se preocupa mais com os aparelhos do que com o contato direto com o paciente. É válido lembrar que para um cuidado integral, faz-se necessário a compreensão do profissional de enfermagem sobre todos

os instrumentos de trabalho, a fim de que possa utilizá-los para produzir uma assistência de qualidade, assim atendendo as expectativas dos usuários do serviço.

De maneira geral, a literatura científica da área de Enfermagem aponta como finalidade precípua da profissão a recuperação do paciente por meio do cuidado e da assistência, sendo a própria ação terapêutica de saúde representada pela organização e controle do processo de trabalho, que favorecem e possibilitam a cura. Mas também existem estudos acerca do processo de trabalho do enfermeiro, que apontam para a predominância das atividades gerenciais com base na concepção do gerenciamento do cuidado. Com base nessa literatura, pode-se concluir que o trabalho do enfermeiro possui duas dimensões que se complementam: assistência e gerência do trabalho em enfermagem. Na primeira, o enfermeiro tem como objeto de intervenção o indivíduo e suas necessidades de cuidado integral; e na segunda, ele toma como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, tendo como finalidade criar e implementar condições adequadas de cuidado aos pacientes e de desempenho dos trabalhadores.

Contudo, com base em suas experiências na prática profissional, alguns autores observam que existem bons enfermeiros na assistência e frágeis na administração de enfermagem, ou o inverso, o que demonstra uma dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial, o que pode resultar do fato de que os processos de trabalho em enfermagem são multifacetados, complexos e requerem um conjunto de conhecimentos específicos, a exemplo de assistir, administrar, pesquisar e ensinar<sup>20</sup>, conhecimentos esses que nem sempre despertam o interesse do profissional, contribuindo sobremaneira para que ele fique “estagnado” na sua prática, desempenhando tão somente as ações de rotina que lhe competem, sem buscar novos saberes que lhe permitam acompanhar melhor as inovações tecnológicas e assistenciais que surgem a cada novo dia.

É importante lembrar que a enfermagem vem formando seu conhecimento científico sobre o cuidado a partir da visão de que o ser humano, existencialmente, coabita com outros seres, e que a evolução da sociedade moderna e pós moderna tem se caracterizado por profundas transformações em todas as áreas de conhecimento, sendo característica desse período a evolução técnica que se faz presente significativamente na área de Saúde. Dessa forma, percebe-se a enfermagem inserida nessa realidade como profissão que tem o seu saber e fazer determinados por mudanças e transformações resultantes dos diversos momentos sociais, políticos e econômicos.

### 2.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA UTI NEONATAL



No cenário da terapia intensiva, o cuidar tem sofrido varias modificações ao longo dos anos em decorrência da modernização dos equipamentos e instrumentos de trabalho. A prática da enfermagem nessas unidades também sofreu transformações, uma vez que o cuidado de enfermagem, para ser realizado, utiliza a técnica. Não resta dúvida que esse aparato tecnológico é necessário, visto que a sobrevivência e a recuperação de muitos pacientes dependem deles, mas também é fundamental que os profissionais de enfermagem estejam qualificados para o manuseio desses equipamentos, sem perder o foco de suas ações junto ao paciente como sujeito e centro do cuidado.

“A assistência neonatal passou por muitas transformações e o advento de novas tecnologias trouxe um universo mais amplo à assistência aos recém nascidos”<sup>21</sup>

A UTIN é caracterizada como uma área de assistência a recém-nascidos criticamente enfermos, vulneráveis, que necessitam de cuidados contínuos e especiais de enfermeiros com grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações criteriosas acerca desses pacientes.<sup>16</sup> No entanto, partindo-se da experiência cotidiana, observa-se que a disponibilidade de recursos considerados essenciais, como estrutura física, oferta de material de consumo e de equipamentos em quantidade e qualidade adequadas, são insuficientes para a garantia da qualidade do cuidado prestado. Diante desse contexto, o planejamento e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, eficientes e adequadas, contribuem para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e a conseqüente melhoria da qualidade da assistência<sup>16, 20</sup>.

O processo de trabalho nas UTIN é caracterizado por muitas particularidades relacionadas à assistência aos RN gravemente enfermos, submetidos à uma abordagem diagnóstica e terapêutica quase sempre invasiva e agressiva, e uma constante introdução de novas tecnologias. Além disso, existem fatores relacionados a esse processo, fatores como: carência de recursos humanos, insumos nem sempre de qualidade e falta de comunicação intersetorial, dentre outros, não identificados claramente no cotidiano de uma UTIN, que interferem de alguma forma na assistência, os quais junto com os componentes técnicos e as inter-relações estabelecidas nesse ambiente, afetam significativamente a efetividade da assistência prestada<sup>20</sup>.

Os recém-nascidos que por prematuridade ou outros agravos, necessitam de assistência nas UTIN, encontram nesse ambiente alta tecnologia, pessoal especializado e treinado, apto a oferecer um completo suporte vital. O reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro na UTIN como um dos mais importantes dentro da equipe multiprofissional que assiste o RN, já é uma realidade nas instituições de saúde, por se tratar de um trabalho que

alia conhecimento científico à realidade e à poética da Unidade Neonatal, dessa forma permitindo reconhecer as suas necessidades e planejar a assistência adequada.

Prestar cuidados e promover assistência em UTIN requer do enfermeiro conhecimentos específicos e responsabilidade, uma vez que esse cuidar envolve tecnologia e bebês gravemente enfermos. Sendo assim, nesse ambiente, são exigidas do enfermeiro, além de competência técnica, integração de informações, identificação, avaliação, e estabelecimento de prioridades para que possa propiciar uma assistência próxima daquela considerada ideal<sup>21</sup>. A propósito, a literatura científica é clara ao afirmar que:

A importância da qualidade da assistência do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva baseia-se no planejamento e organização do serviço, seguindo normas estabelecidas em documentos que regulamentam esse serviço hospitalar. Esses destacam o planejamento como possibilidade para transformar a realidade, envolvendo questões como gerenciamento, participação, recursos humanos e transformação<sup>21</sup>.

São muitas as exigências feitas ao enfermeiro. Todavia, no dia a dia da UTIN, observa-se que a falta de recursos humanos é responsável pela dificuldade de se prestar uma assistência de qualidade aos recém-nascidos, considerada uma clientela com necessidades cada vez mais complexas. O problema em questão acaba por imprimir uma sobrecarga de trabalho aos membros da equipe de enfermagem, gerando desconforto físico e mental, e dificultando a implantação de medidas que favoreça a qualidade assistencial, o que é extremamente grave considerando tratar-se de um grupo de pessoas com habilidades comuns e comprometidas entre si com um mesmo objetivo: a recuperação do RN. Cabe, então, refletir que :

A UTI neonatal, por ser um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribui para comportamentos automatizados, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço [...]. Portanto, a relação interpessoal e o diálogo são essenciais no caso de bebês de alto risco, e imprescindíveis para a efetivação do cuidado<sup>22</sup>.

A questão da falta de recursos humanos é outro problema a ser resolvido pelo enfermeiro, responsável por dimensionar o pessoal de forma a produzir um quadro de pessoal adequado às necessidades da clientela e da instituição, deixando claro, porém, junto às instâncias superiores da instituição, os riscos a que os clientes estão expostos pela impossibilidade de garantia de uma assistência segura e humanizada<sup>23</sup>.

Sabe-se que a assistência prestada ao RN na UTIN, deve obedecer a padrões mínimos adequados para a promoção e manutenção da sua saúde (manter a oxigenação adequada e a temperatura corporal estável; diminuir ao mínimo os riscos de infecção hospitalar; manter a integridade da pele; reduzir a ocorrência de dor e desconforto), o que significa dizer que o RN deverá receber um cuidado apropriado ao seu desenvolvimento, garantindo-se também apoio adequado aos familiares, preparando-os para os cuidados domiciliares após a alta hospitalar.

Além da instabilidade biológica e do baixo peso do prematuro ao nascer, os riscos que se originam dos processos terapêuticos realizados na UTIN, a utilização de procedimentos invasivos e de alta complexidade, aliados a um período de internação prolongado, tornam esse RN mais suscetível a infecções e a outros agravos<sup>24</sup>. Ressalta-se que as infecções no período neonatal são frequentemente encontradas e responsáveis por um significativo índice de morbidade e mortalidade neonatal. Os fatores determinantes dessas complicações são um sistema imunológico deficiente, associado a procedimentos invasivos citados anteriormente.

O enfermeiro é responsável por promover a adaptação do RN ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo), observar o quadro clínico (monitoração de sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especial), fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento (se possível, aleitamento materno), realizar controle de infecção, estimular o RN, educar os pais, estimular visitas familiares, elaborar e manter um plano educacional, administrar e coordenar a assistência de enfermagem ao RN e à mãe, desenvolver atividades multidisciplinares, orientar o ensino e supervisionar os cuidados de enfermagem prestados, entre outras atividades<sup>22</sup>.

Em se tratando da hospitalização do RN, é uma situação de crise emocional para ele, seus pais e familiares. Todos sofrem e adoecem com o acontecimento, mas a comunicação franca entre o enfermeiro e as pessoas nele envolvidas, diminui a ansiedade dos pais e alivia o sofrimento do RN uma vez que, na medida do possível, é desenvolvida uma assistência conjunta. Deve-se considerar, também, que com uma acolhida adequada, o enfermeiro favorece a proximidade dos pais, que podem tocar ou cuidar dele durante procedimentos como a troca de fraldas e a administração das dietas, por exemplo.

A participação dos pais no cuidado ao RN prematuro, ainda que tímida, já desperta o interesse na equipe de saúde em implementá-la com mais vigor por ser considerada importante, uma vez que favorece a estabilidade clínica do RN e o seu processo de crescimento e desenvolvimento, possibilita a interação mãe e filho e o estabelecimento de vínculos afetivos, além de representar um treinamento da mãe para lidar com o filho no momento da sua alta hospitalar.

Se antes ela era excluída da assistência em berçário de risco, agora passa a ser uma aliada no processo de assistência, sendo permitida sua maior permanência junto ao filho e a participação no cuidado dele. Tais iniciativas são importantes por que:

À medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo suas necessidades no processo de vivenciar o nascimento prematuro, os sentimentos de ter um filho com riscos de danos e mortes, as dificuldades de ter que assumir o cuidado cotidiano de um filho que necessitará de cuidados especiais em longo prazo, além dos aspectos relacionados às condições socioculturais<sup>25</sup>.

Diante do exposto, considera-se de fundamental importância que os integrantes da equipe de enfermagem mantenham o respeito e o compromisso com a qualidade assistencial na UTIN, cujo reflexo, qualquer que seja, terá impacto direto no resultado de uma avaliação a esse respeito. É preciso também determinar a percepção dos enfermeiros envolvidos na assistência neonatal, considerando que os programas ou ações que visam melhorar a qualidade dessa assistência, exigem mudanças nos serviços, e que essas mudanças dependem, em grande parte, do compromisso e do comprometimento de todos os que atuam em UTIN para que sejam efetivadas e avaliadas posteriormente, objetivando identificar o sucesso ou não das medidas adotadas, assim possibilitando corrigir o que for julgado necessário<sup>24 26</sup>.

Seguem-se algumas considerações acerca de ambos os procedimentos:

✓ **Assistência ventilatória**

O desconforto respiratório é a condição que mais leva à internação de recém-nascidos em UTIN, podendo resultar de etiologias como síndrome do desconforto respiratório, taquipneia transitória do recém-nascido, síndrome de aspiração de mecônio e infecções pulmonares. A oxigenoterapia (administração de oxigênio) tem finalidade terapêutica e é de suma importância para a sobrevivência de muitos recém-nascidos, sendo indicada em casos de cianose e hipoxemia (diminuição dos níveis de oxigênio no sangue arterial).

Apesar de seus benefícios, quando não realizada corretamente, é uma terapia que pode causar prejuízos pela administração prolongada, como o barotrauma nos pulmões, e na retina, como a retinopatia da prematuridade<sup>24</sup>. Nos pulmões, o oxigênio traz efeitos adversos ao parênquima pulmonar, levando à destruição de células epiteliais do tecido pulmonar, diminuindo então a capacidade funcional dos mesmos, podendo mesmo levar à displasia broncopulmonar. Na retina, pelo fato de seus vasos capilares não terem crescido completamente, o tempo de exposição ao oxigênio acaba tendo um efeito tóxico sobre esses vasos, podendo resultar em retinopatia da prematuridade.

Tendo em vista a possibilidade de ocorrência de tais riscos, a oxigenoterapia ministrada ao RN necessita de critérios a serem rigorosamente seguidos, a exemplo da monitoração da saturação sanguínea de oxigênio e da concentração de oxigênio administrado. Segundo o Manual de Atenção à Saúde do Recém-Nascido, o parâmetro ventilatório deve manter a  $\text{SatO}_2$  do RN entre 86 e 93%<sup>27</sup>.

Para a administração de oxigênio, pode-se utilizar o TOT, a CPAP e o Oxy-Hood, conforme descrito a seguir:

- O TOT (Tubo Orotraqueal) é utilizado para tratar a obstrução da via aérea ou a falência respiratória, assim contribuindo para o aumento da sobrevivência do RN. Trata-se de procedimento invasivo realizado pelo médico, visando manter as vias aéreas p rveas, com isso facilitando a remoção de secreção traqueobrônquica. Sua utilização permite conexão com a prótese ventilatória, previne bronco-aspira o e fornece suporte com pressão nas vias aéreas para tratamento de hipoxemia<sup>27</sup>. As causas mais comuns para o uso do TOT são: problemas neurológicos, mau funcionamento das fun oes pulmonares, comprometimento cardiovascular, obstru o de vias aéreas e problemas metabólicos.

As a oes da enfermagem junto ao RN com o TOT estão voltadas para manter a permeabilidade do tubo, acompanhar esse RN como um todo realizando o exame físico, monitorar frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e pressão arterial (PA), manipular o mínimo para evitar agravos no quadro de desconforto respiratório, realizar aspira o de vias aéreas superiores quando necessário, e instalar oxímetro de pulso para monitora o do RN.<sup>24</sup> Os profissionais de enfermagem devem ser cuidadosos durante o manuseio do RN com TOT a fim de evitar a ocorrência acidental de extuba o, obstru o do tubo por secre o ou por estar dobrado, e de intuba o seletiva<sup>27</sup>.

- A CPAP (Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas) via nasal, associada aos avanços nos cuidados respiratórios, na terapia de suporte e nos sistemas de monitora o, surge como uma perspectiva de ventila o não invasiva para minimizar a lesão pulmonar.   largamente utilizada no controle da insuficiência respiratória nas unidades neonatais<sup>26</sup>. Sua aplica o consiste na administra o de oxigênio e ar comprimido sob pressão contínua, através de dispositivos nasais, aumentando a capacidade funcional residual pulmonar e reduzindo a resistência vascular pulmonar, resultando em melhora da oxigena o.   um método que mant m uma pressão positiva nas vias aéreas durante a fase expiratória, levando a uma distensão mais eficiente dos alvéolos<sup>24</sup>.

A CPAP fornece pressão constante às vias aéreas em RN que respiram espontaneamente. O papel importante da enfermagem   a manuten o e a monitora o da

umidade, temperatura e pressão durante a administração da CPAP, cujos benefícios são diversos, entre eles o aumento da expansão pulmonar, o maior volume pulmonar residual após o nascimento, a prevenção do colapso alveolar durante a expiração, a preservação do surfactante endógeno, a melhora da oxigenação e da complacência pulmonar, a redução do trabalho respiratório e a estabilização do padrão respiratório<sup>26</sup>.

O uso da CPAP requer o cuidado de utilizar pronga nasal, escolhendo o tamanho adequado de tal forma que não haja escape de gases pelas narinas. As prongas nasais são curtas e facilmente adaptadas ao nariz, porém, podem causar lesão de septo nasal, sendo necessário protegê-lo, além de atentar para o seu posicionamento e forma de fixação. Para evitar danos ao septo nasal, é preciso checar a posição correta da pronga, mantendo a cânula afastada do septo. Para tanto, pode-se usar curativo de filme transparente e/ou hidrocoloide visando a proteção de partes moles da narina e septo<sup>26</sup>.

- O Oxy-Hood, também conhecido como capacete ou halo, é um método que permite ao RN receber oxigênio umidificado e aquecido. O halo permite uma administração contínua de oxigênio, com flutuações mínimas nos seus níveis<sup>24</sup>. É um método indicado para os RN que respiram espontaneamente e requerem uma concentração de oxigênio <60%, e para aqueles com estresse respiratório de mínimo a moderado, com gasometria dentro dos parâmetros de normalidade. É da responsabilidade da equipe de enfermagem verificar o posicionamento do RN para a instalação do capuz de O<sub>2</sub>, manter decúbito elevado, evitar cabeça fletida, verificar frequentemente os valores de fluxo de O<sub>2</sub> e ar comprimido no sistema, além da temperatura do Oxy Hood<sup>26</sup>. O halo deve ser colocado de tal forma que a cabeça da criança fique dentro da unidade, evitando-se abrir o capacete ou dele retirar o RN durante a terapia. Caso seja necessário, deve ser previamente providenciada uma fonte de oxigênio para ser colocado perto da narina do paciente<sup>24</sup>.

#### ✓ Terapia Intravenosa

Considerada uma das mais importantes técnicas do cuidado, a terapia intravenosa é realizada há aproximadamente quatrocentos anos, e tem como principal finalidade administrar medicamentos e soluções diretamente na corrente sanguínea de pacientes hospitalizados.<sup>12</sup> Todavia, essa terapia pode torná-los suscetíveis a eventos adversos infecciosos ou não infecciosos.

A terapia intravenosa envolve várias etapas do conhecimento profissional, e exige conhecimento para direcionar as ações desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar com a utilização de uma tecnologia de ponta. A instalação e manutenção da assistência ventilatória

em RN é um dos vários cuidados realizados pela enfermagem neonatal. Assim, requer do enfermeiro a capacidade de reconhecimento e avaliação do paciente, além da preparação adequada dos profissionais para atendê-lo integralmente a fim de evitar sequelas e agravos do quadro de saúde que motivou a internação na UTIN.

A terapia intravenosa não pode ser interpretada somente como uma técnica para a execução de uma terapêutica, sendo fundamental o conhecimento de diversas especialidades para direcionar as ações desenvolvidas por uma equipe multiprofissional e para a utilização de uma tecnologia da ponta fornecida pela indústria farmacêutica e de produtos e equipamentos hospitalares<sup>12</sup>.

O acesso venoso periférico consiste na colocação de um dispositivo intravenoso em uma veia periférica para a infusão de drogas e fluidos. É um procedimento realizado por enfermeiros e técnicos em enfermagem, e tem como efeitos adversos a infiltração e o extravasamento de fluidos para o espaço extravascular, que pode causar prejuízos à rede venosa<sup>28</sup>. No cenário da atenção à saúde, a terapia intravenosa tem destaque especial porque mesmo sendo um procedimento secular, é responsável por grande parte dos eventos adversos durante o período de internação hospitalar. Trata-se de terapia que envolve direta ou indiretamente a equipe multidisciplinar. Todavia, a equipe de enfermagem possui uma interface de destaque no que se refere à execução da técnica de punção venosa periférica, inserção, manutenção e retirada<sup>28</sup>. De acordo com a literatura científica consultada:

A cateterização venosa central é opção muito utilizada principalmente em pacientes com instabilidade hemodinâmica. Pode ser realizada por punção ou dissecação para monitorização hemodinâmica, administração de suporte nutricional, infusão de drogas ou soluções hiperosmolares com propriedades irritantes e/ou vesicantes. A incidência de complicações oriundas desse procedimento varia conforme o tipo de cateter utilizado, a frequência de manipulações, o tempo de permanência e fatores pessoais<sup>29</sup>.

Na década de 70 do século XX, nos Estados Unidos da América (EUA), desenvolveu-se um dispositivo que, inserido em veias periféricas e progredido até vasos centrais, adquire características de cateter central. Inicialmente implantado em UTI, foi denominado PICC (*Peripherally Inserted Central Catheter*), sigla em Inglês que designa o cateter central de inserção periférica. É uma alternativa segura de acesso central de permanência prolongada, que permite a administração de soluções de alta osmolaridade e extremos de pH, ou vesicantes, às veias periféricas.

No Brasil, utiliza-se esse cateter há aproximadamente duas décadas. A Resolução 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em seu Artigo 1º, considera lícito

ao enfermeiro a inserção do PICC, mas complementa, no Artigo 2º que “todo enfermeiro que desejar desempenhar essa atividade deverá submeter-se a um curso de qualificação devidamente regulamentado<sup>30</sup>”. Os RN que necessitem de infusão por terapia intravenosa durante período superior a seis (6) dias, tem indicação de uso de PICC. O enfermeiro, ao selecionar o tipo de dispositivo intravenoso adequado, deverá considerar o tratamento a ser realizado, a condição clínica do RN e a disponibilidade de material e pessoal. Diferente das dissecações venosas, o PICC deve ser instalado logo que o RN tenha condição para ser submetido ao procedimento, quando a rede venosa ainda estiver preservada, pois a presença de hematomas decorrentes das punções venosas anteriores, dificulta a progressão do cateter<sup>12</sup><sup>31</sup>. Ressalta-se que por se tratar de um procedimento eletivo, não pode ser realizado em situações de emergência.

O cateter deve ser inserido através de veias periféricas, sendo as mais utilizadas a Basílica e a Cefálica. Havendo limitação da rede venosa, a escolha recai sobre as veias safenas externas e internas.

Outro procedimento comum em UTIN é o *cateterismo umbilical* que, no âmbito da equipe de enfermagem, é um procedimento privativo do enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. Trata-se de procedimento invasivo com diversas finalidades, tais como infusão de líquidos, verificação de pressão arterial invasiva, gasometria arterial, infusão de drogas e trocas sanguíneas.



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. TIPO DA PESQUISA

Trata-se de estudo descritivo, quantitativo, a fim de analisar os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao recém nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário, no período de 1º de dezembro de 2012 a 31 de maio de 2013.

“A pesquisa descritiva delinea o que é, e aborda também quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente<sup>32</sup>”.

O método quantitativo compreende a coleta sistemática de informações numéricas, preservando as condições de controle, além da análise dessas informações por meio de procedimentos estatísticos<sup>33</sup>.

#### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

O estudo foi realizado na UTIN de um Hospital Universitário, um hospital-escola público, situado no município de Niterói (RJ), com todos os leitos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital atende pacientes da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, integrada pelos municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim e Maricá.

A referida UTIN dispõe de quinze (15) leitos, sendo sete (7) reservados para a Unidade de Terapia Intensiva, e oito (8) para a Unidade Intermediária Neonatal. Na equipe de enfermagem da UTIN, cenário do estudo, atuam doze (12) enfermeiros, trinta (30) técnicos de enfermagem distribuídos em três (3) plantões diurnos e três (3) noturnos, além de dois (2) enfermeiros e dois (2) técnicos diaristas.

A população do estudo foi composta por recém nascidos (RN) internados na UTIN no período de dezembro de 2012 a maio de 2013 assistidos por dez (10) enfermeiros que prestam assistência aos recém-nascidos internados na citada Unidade que foram submetidos a assistência ventilatória e terapia intavenosa. O número de enfermeiros foi menor do que o esperado, em razão de redução do pessoal por à época do início da pesquisa.

Foram selecionados como indicadores de qualidade os principais procedimentos realizados pela equipe de enfermagem constante do Manual do Recém-Nascido (2011), seguindo-se os conceitos de segurança do paciente preconizados pela ANVISA (2013).

Utilizou-se para o cálculo da amostra, um nível de confiança de 95% sendo, então, o erro amostral de 5%. A prevalência foi de 50% como fator de ponderação, uma vez que garante o maior tamanho de amostra possível.

Outro fator considerado para determinar o tamanho da amostra foi a porcentagem de internação na Unidade, que é uniforme, já que o tempo de permanência do RN na UTIN é, em média, de 12 dias, o que possibilitou que a amostra fosse composta por 100% dos RN internados.

### 3.3. COLETA DE DADOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFF sob nº 01660412.9.0000.5243, sendo aprovada conforme Parecer nº 182.267 (ANEXO A), o que viabilizou automaticamente a entrada da pesquisadora na UTIN cenário do estudo.

A aprovação da pesquisa e a autorização concedida viabilizaram o início da coleta de dados, realizada com observância dos termos da Resolução CNS-466/12 que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo assim, os sujeitos do estudo receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) contendo informações detalhadas acerca da pesquisa, bem como da identificação dos pesquisadores e da Instituição envolvida, sendo-lhes garantida a participação voluntária na pesquisa, a confidencialidade das informações prestadas e a desistência de participação a qualquer momento, sem prejuízo algum<sup>34</sup>.

A coleta dos dados foi sistematizada utilizando-se indicadores de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao RN com perguntas objetivas e justificativas quando o assunto assim exigisse para os enfermeiros da unidade, através de instrumento próprio (APÊNDICE B) elaborado pela pesquisadora, a partir da observação dos procedimentos realizados nos RN internados na UTIN cenário do estudo, e de acordo com os norteadores preconizados pelo Ministério da Saúde nos Manuais relacionados à assistência neonatal e à acreditação hospitalar.<sup>14, 35</sup>

A validação desse roteiro ocorreu por meio de um teste piloto realizado na referida UTIN, durante procedimentos de assistência ventilatória e/ou terapia intravenosa realizados em cinco (5) RN internados, e não resultou em modificações no conteúdo do roteiro original.

As variáveis contempladas durante a coleta de dados foram: o tipo da assistência ventilatória dada (CPAP, TOT, OXYHOOD), a monitoração da saturação de oxigênio,

proteção de septo, lesão de septo, suspensão da assistência ventilatória e a assistência venosa, número de instalações de PICC, de cateter umbilical, de acesso venoso periférico.

Define-se por variáveis quaisquer eventos, situações, comportamentos ou características individuais que assumem pelo menos dois valores discriminativos. Em outras palavras, são os aspectos, características ou fatores reais ou potencialmente aferidos através dos valores que assumem e discriminam um objeto de estudo.

Como referido, as informações de interesse da pesquisa foram obtidas junto aos enfermeiros por meio de questionário com questões objetivas sobre os procedimentos executados no RN durante o desenvolvimento dos processos de trabalho de enfermagem na UTIN.

#### 3.4. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Ao longo do período de coleta de dados, foi realizado levantamento diário no Livro de Estatísticas da UTI/UI Neonatal, identificando-se o registro de 76 internações de RN na UTIN/HUAP. As internações são equivalentes às da UTI neonatal e da Unidade Intermediária.

No processo analítico foram construídas duas categorias:

- 1-Avaliação da qualidade de assistência ao recém nascido em assistência ventilatória;
- 2-Avaliação da assistência ao recém nascido em terapia intravenosa.

Os dados foram agrupados em um banco de dados e processados no programa Microsoft Office - Excel/Windows, sendo apresentados sob a forma de tabelas, organizados por grupo de variáveis em função dos objetivos do estudo.

A qualidade foi avaliada tendo como base a melhor prática possível segundo os protocolos internacionais e os manuais do Ministério da Saúde, que consideram adequada e com qualidade a assistência que é prestada com segurança<sup>36</sup>, ou seja, sem eventos adversos, erros ou falhas.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa identificou, a partir da assistência prestada pelos enfermeiros, a qualidade em serviço ofertada aos bebês prematuros assistidos na UTIN do HUAP/UFF. Foram analisados os procedimentos assistenciais relacionados com a **assistência ventilatória** (tubo orotraqueal – TOT, pressão positiva contínua das vias aéreas – CPAP e Oxy-Hood)<sup>24, 25</sup>, e também os realizados a partir da instalação de dispositivos para **terapia intravenosa** (acesso venoso periférico, PICC e cateterismo umbilical)<sup>12 28 31 29 30</sup>.

No que tange à **assistência ventilatória** dos RN internados na UTIN, são utilizados: Pressão Positiva Continuadas Vias Aéreas (CPAP), tubo orotraqueal (TOT) e Oxy-Hood, além da manutenção da permeabilidade das vias aéreas superiores nos RN em ar ambiente, e manutenção dos monitores de saturação de oxigênio dos RN com assistência ventilatória dentro dos parâmetros preconizados (Quadro 1).

**Quadro 1 - Média de Instalações**

| ASSISTÊNCIA | RN | INSTALAÇÕES | MÉDIA |
|-------------|----|-------------|-------|
| CPAP        | 42 | 62          | 1,47  |
| TOT         | 29 | 34          | 1,17  |
| OXY-HOOD    | 9  | 9           | 1     |

Observa-se que no período de coleta de dados, foram instalados sessenta e dois (62) CPAP em quarenta e dois RN, o que dá uma média de 1,47 instalações por RN; trinta e quatro (34) TOT em vinte e nove (29) RN, com média de 1,17 instalações por RN; e nove Oxy-Hood em nove (09) RN, com média de uma instalação por RN.

A CPAP via nasal, associada aos avanços nos cuidados respiratórios na terapia de suporte e na monitoração, surge como uma perspectiva de ventilação não invasiva para minimizar a lesão pulmonar, sendo largamente utilizada no controle da insuficiência respiratória de RN internados em UTIN.<sup>24</sup> Destaque deve ser dado à necessidade de proteção do septo nasal no processo de adaptação das prongas nasais, para evitar lesões, além de cuidado para evitar escape de gases pelas narinas, decorrente da inadequação do tamanho da pronga. Também é necessário proceder à inspeção da mucosa nasal do RN constantemente,

para tanto retirando-se cuidadosamente a pronga, sendo importante a realização de movimentos rotatórios nas narinas para que haja estimulação da circulação desta área.<sup>26</sup>

A CPAP traz muitos benefícios ao RN que necessita de suporte ventilatório, mas também apresenta uma série de desvantagens que devem ser consideradas pelo enfermeiro, dentre as quais podem ser citadas: pneumotórax secundário à hiperdistensão alveolar, obstrução nasal por acúmulo de secreções, distensão gástrica por escape de ar para o estômago, e a mais comum, a lesão ou até mesmo a necrose do septo nasal por mau posicionamento do dispositivo nasal.

A proteção de septo é um indicador de qualidade apontado pela ANVISA e pelo Ministério da Saúde (2011-2013), a fim de evitar essas complicações. Para tanto, é necessário que o enfermeiro esteja atento ao aspecto das asas e do septo nasal quanto à presença de isquemia.<sup>24</sup> A tabela 1 mostra que dentre as CPAP instaladas nos RN, 81% apresentavam-se com proteção de septo, ao contrário das restantes (19%) que não apresentavam proteção de septo nasal. Foi observado que a falta de proteção de septo nasal se dava no primeiro dia de uso pelo RN, o que pode ser justificado pela urgência na instalação do dispositivo no momento da admissão do RN na UTIN.

**Tabela 1 - Proteção de septo nasal**

|                     |           |            |
|---------------------|-----------|------------|
| <b>Com proteção</b> | <b>50</b> | <b>81%</b> |
| <b>Sem proteção</b> | 12        | 19%        |

Ao utilizar a CPAP, é necessário ter atenção a fatores importantes como a umidificação, aquecimento adequado e escolha do material apropriado, além da integridade das vias aéreas do RN. Ao deixar de utilizar a proteção do septo, proporciona-se ao RN uma assistência sem segurança já que ele fica exposto a possíveis eventos adversos, o que prejudica a assistência prestada, considerando que a lesão de septo é reconhecida como um evento adverso. A Tabela 2 mostra que a maioria dos RN não sofreu lesão do septo nasal, evidenciando que, nesses casos, o procedimento assistencial feito pelo enfermeiro foi correto.

**Tabela 2 - Lesão de septo nasal**

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Com lesão | 4 | 6% |
|-----------|---|----|

|           |    |     |
|-----------|----|-----|
| Sem lesão | 58 | 94% |
|-----------|----|-----|

Não é sem razão, portanto, que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013) orienta que é preciso prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde, pois tais eventos ocasionam danos ao paciente e prejuízos associados ao cuidado à saúde, decorrentes de processos ou estruturas da assistência.

Entretanto, observa-se 6% dos RN apresentaram lesão de septo nasal. A literatura científica explica como isto ocorre:

As etapas de formação de lesão de septo nasal são: introdução do artefato nasal; isquemia da mucosa e epiderme nasal; hiperemia da mucosa e epiderme nasal; edema nasal com ou sem sangramento e necrose, podendo ocasionar desvio de septo

A identificação das lesões geralmente se dá quando o processo já se encontra avançado, apresentando edema nasal e/ou necrose. Nesses casos, a falta de proteção do septo e a utilização de pronga nasal de tamanho inadequado, agravados pela ausência de inspeção constante da mucosa nasal, causaram a lesão do septo. Logo, no momento em que não são oferecidos aos RN esses recursos de prevenção e inspeção, o cuidado adequado que deveriam receber está sendo negado a cada um deles.

Vários são os fatores que predisõem ao desenvolvimento de lesões de septo, secundárias ao uso de CPAP: idade gestacional, uso contínuo e aspectos ligados à qualidade e adequação do material, assim como os cuidados de enfermagem direcionados ao RN.<sup>36</sup> O certo é que a ocorrência de lesão do septo é inaceitável, por menor que seja o número de RN afetados, visto que o problema torna o ambiente inóspito ao paciente e a assistência deficiente, já que a segurança tem sido considerada um atributo prioritário na questão de qualidade na assistência à saúde.

A tabela 3 mostra os níveis de saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) nos RN em uso de CPAP, que devem estar entre 86% e 93% a fim de manter uma boa saturação<sup>26</sup>.

**Tabela 3 - Padrão de Saturação - CPAP**

|                |    |     |
|----------------|----|-----|
| Dentro Padrão  | 36 | 58% |
| Fora do Padrão | 26 | 42% |

É importante ressaltar a importância de se manter a monitoração da saturação de oxigênio dentro dos padrões preconizados, através do controle rigoroso dos alarmes dos monitores, isto porque no caso de a saturação estar abaixo de 86%, não haverá oxigenação adequada e o RN entrará em hipóxia; e caso a saturação seja maior que a preconizada, acima de 93%, o RN entrará em hiperóxia, resultando em danos como, por exemplo, a hiperventilação e o risco de retinopatia da prematuridade, sobejamente mencionado<sup>26</sup>.

Os dados acima confirmam que, mais uma vez, a segurança do paciente está comprometida pela utilização inadequada da tecnologia na prestação dos serviços de saúde.

A tabela 4 mostra outro item importante relacionado com a qualidade, qual seja o motivo de retirada da CPAP: piora clínica, fim da indicação e retirada por lesão do septo.

**Tabela 4 - Motivo de Retirada - CPAP**

|                    |    |     |
|--------------------|----|-----|
| Piora Clínica      | 14 | 23% |
| Fim da Indicação   | 44 | 72% |
| Retirada por lesão | 3  | 5%  |

Já foi dito que a CPAP objetiva melhorar a oxigenação arterial e diminuir o trabalho respiratório do RN, permitindo-lhe reduzir o consumo de oxigênio e conservar a respiração espontânea. Porém, se não houver melhora do quadro clínico, ocorre a suspensão da CPAP e tem início a ventilação mecânica. Significa dizer que o agravamento da clínica como motivo de retirada não indica, necessariamente, um evento adverso ou uma assistência inadequada, pois depende não só da competência dos profissionais atuantes, como também da resposta do organismo do RN à assistência proposta.

O fim da indicação significa a melhora do quadro respiratório, enquanto a retirada por lesão indica um evento adverso, descrito anteriormente diante da necessidade de proteção do septo para não lesioná-lo, situação que pode ser evitada com a observação rigorosa dos procedimentos assistenciais.

Assim como na CPAP, o padrão de saturação de oxigênio preconizado deve estar entre 86% e 93% para evitar hipóxia e hiperóxia (Tabela 5).

**Tabela 5 - Padrão de Saturação - TOT**

|                  |    |     |
|------------------|----|-----|
| Dentro do padrão | 19 | 56% |
| Fora do padrão   | 15 | 44% |

O uso do TOT se dá durante a ventilação mecânica, sendo uma técnica invasiva. Por isso, os cuidados devem ser mais minuciosos, já que o aporte de oxigênio é direcionado diretamente na traqueia, próximo aos brônquios. Considerando que o oxigênio em excesso é tóxico<sup>24</sup>, deve-se atentar sempre para esses padrões.

A oxigenoterapia através da ventilação mecânica utilizando o TOT tem como função o auxílio nas trocas gasosas do RN para uma boa oxigenação dos tecidos e órgãos, dentro dos padrões de segurança, segundo os parâmetros já citados, para evitar a ocorrência de qualquer dano. Sendo assim, é necessário que esses padrões sejam respeitados a fim de evitar efeitos adversos, como a broncodisplasia e a retinopatia da prematuridade<sup>26</sup>.

Como foi mostrado na tabela 5, 44% dos RN que utilizaram TOT encontravam-se com os limites no monitor de saturação de oxigênio fora dos padrões preconizados (entre 86% e 93%). Nesse caso, todas as alterações estavam acima do limite máximo, ou seja, acima de 93%.

Esse valor de saturação de oxigênio excedendo o preconizado, gera os mesmos danos já citados na análise da CPAP: hiperventilação, hiperóxia, broncodisplasia e retinopatia da prematuridade. Nesse caso, fala-se novamente acerca da utilização inadequada da tecnologia, resultando em que problemas preveníveis, associados ao cuidado de saúde, estão relacionados ao domínio da técnica visando a segurança do paciente, confirmando ser necessário a constante atualização profissional para sua correta utilização em benefício do paciente.

A tabela 6, a seguir, trata dos motivos que levaram à retirada do TOT, a saber: obstrução, extubação acidental, fim da indicação e óbito, dentre outros.



**Tabela 6 - Motivo de Retirada - TOT**

|                     |    |     |
|---------------------|----|-----|
| Obstrução           | 1  | 3%  |
| Extubação Acidental | 3  | 9%  |
| Fim da Indicação    | 26 | 76% |
| Óbito               | 2  | 6%  |
| Outros              | 2  | 6%  |

Somando todas as causas para a retirada do TOT, excluindo-se o fim da indicação, tem-se a média de 24%. Complicações relacionadas à assistência ventilatória na utilização do TOT, como obstrução e extubação acidental, representam um desafio para a equipe multiprofissional que presta cuidados ao RN na UTIN<sup>38 39</sup>.

Uma das causas mais comuns de obstrução de TOT é a falta de aspiração, que contribui para o acúmulo de secreções no tubo, impedindo a passagem de oxigênio. Isso ocasiona desconforto não só pela secreção, como pela retirada e nova instalação, o que ocorre em muitos casos. Outro motivo de obstrução é o tubo dobrado<sup>26</sup>, que denota desatenção do profissional em relação ao cuidado prestado.

O outro motivo encontrado foi a extubação acidental, que é repentina e decorrente da agitação do paciente ou do manuseio do TOT pela equipe de cuidadores<sup>26</sup> embora geralmente ocorra pela má fixação do Tubo Orotraqueal. Quanto isso ocorre, é necessária a fixação adequada do TOT e a realização de exames clínico e radiológico para verificação do posicionamento correto da cânula endotraqueal<sup>26</sup>.

Inferese, pelo exposto, que os eventos adversos podem ser evitáveis e não evitáveis. No caso da retirada do TOT, pode-se afirmar que 24% dos motivos alegados eram evitáveis, pois bastavam medidas e cuidados que trouxessem benefícios e proporcionassem a manutenção do TOT, como a aspiração e a fixação adequadas.

Dentre as três assistências citadas, o Oxy-Hood é a menos utilizada, o que pode ser explicado pela clientela admitida na UTIN: recém nascidos prematuros, cujo aparelho respiratório não se encontra totalmente formado tornando, por vezes, o uso de Oxy-Hood inviável. A tabela 7, na sequência, trata da normalidade do padrão de saturação Oxi-Hood.

**Tabela 7 - Padrão de Saturação – Oxy-Hood**

|                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| Dentro do padrão | 6 | 67% |
| Fora do padrão   | 3 | 33% |

Sabe-se que o Oxy-Hood é utilizado em RN que respiram espontaneamente e requerem uma concentração de oxigênio acima de 60%<sup>24</sup>. Logo, se a SatO<sub>2</sub> estiver baixa, o RN provavelmente precisará de um aumento dessa concentração oxigênio, e possivelmente de um outro tipo de assistência ventilatória (CPAP / TOT).

Quando os limites de saturação de oxigênio encontram-se abaixo do preconizado (86%), existe o risco de hipóxia, ou seja, um evento adverso que acarreta a má oxigenação de diversos órgão e tecidos, principalmente o cérebro, causando seqüelas irreversíveis.

A tabela 8 expõe os motivos de retirada do Oxy-Hood: piora clínica e fim da indicação

**Tabela 8 - Motivo de Retirada - Oxy Hood**

|                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| Piora Clínica    | 1 | 11% |
| Fim da Indicação | 8 | 89% |

Como se pode ver, somente um caso (que corresponde a 11%) foi de retirada por piora clínica, sendo os outros 89%, pelo fim da indicação do procedimento. Quando há piora clínica como motivo de retirada do Oxy-Hood, ela pode estar relacionada com a resposta do RN ao tratamento, ou seja, o RN manifesta a necessidade de uma concentração maior de oxigênio do que aquela ofertada pelo Oxy- Hood. E quando ocorre o fim da indicação, significa a melhora do quadro respiratório do RN, não sendo mais necessária a utilização de um suporte ventilatório.

Como foi constatado, o Oxy-Hood foi o menos utilizado dentre os outros suportes ventilatórios, visto que o seu uso se dá em RN que não necessitam de uma grande concentração de oxigênio, como no caso da concentração ofertada pelo CPAP e pelo TOT.

Todavia, apesar do pouco uso, não se deve esquecer dos cuidados pertinentes ao Oxy-Hood, que são: verificar o posicionamento do RN para a instalação do capuz de O<sub>2</sub>, manter

decúbito elevado, evitar cabeça fletida, verificar frequentemente os valores do fluxo de O<sub>2</sub> e ar comprimido no sistema e a temperatura do Oxy-Hood.

Dando sequência à apresentação dos resultados, seguem-se os dados sobre a terapia intravenosa e os comentários pertinentes ao procedimento.

Para a instalação da terapia intravenosa utilizam-se diversos acessos, dependendo da necessidade apresentada no momento. O acesso venoso periférico consiste na colocação de um dispositivo intravenoso (cateter tipo fora da agulha confeccionado em Teflon<sup>®</sup>) em uma veia periférica para a infusão de drogas e fluidos. Esse procedimento é realizado por enfermeiros ou técnicos em enfermagem, e tem como eventos adversos: flebite e/ou infiltração e extravasamento de fluidos para o espaço extravascular, podendo causar prejuízos à rede venosa<sup>12</sup>.

De acordo com a literatura científica consultada, muitos são os fatores que podem contribuir para a ocorrência de complicações, tais como: tipo de cateter selecionado, preparo do local da inserção, tipo de infusão, técnica de inserção, tempo de permanência do cateter, tipo de curativo e o local de inserção do cateter.

A instalação de cateteres intravasculares é uma das intervenções mais frequentes realizadas em RN internado em UTIN, cujo estado clínico é determinante na escolha da terapia intravenosa e no tipo de cateter mais adequado ao tratamento.

No período de coleta de dados, foi possível observar a instalação de setenta e dois (72) acessos venosos periféricos em trinta e um (31) RN, com média de 2,3 instalações por RN e 3,0 tentativas de punção por RN (quadro 2). Os resultados permitem concluir que as repetidas tentativas de punção contribuíram para a exposição do RN à dor, configurando assistência inadequada. Não é demais lembrar que durante o período de internação na UTIN, o RN é submetido a procedimentos e intervenções que causam dor, e que experiências dolorosas durante esse período de desenvolvimento do sistema neurológico podem levar a consequências no nível de tolerância e percepção da dor na idade adulta<sup>24</sup>.

**Quadro 2 - Instalações do acesso venoso periférico**

| RN                   | 31 | Média |
|----------------------|----|-------|
| Instalações          | 72 | 2,3   |
| Tentativas de punção | 95 | 3,0   |

Observou-se, também, que os motivos de retirada foram: infiltração, fim da indicação e instalação de PICC (tabela 9).

**Tabela 9 - Motivos de retirada do acesso venoso periférico**

| RN               | 31 | %   |
|------------------|----|-----|
| Infiltração      | 38 | 53% |
| Fim da Indicação | 19 | 26% |
| Instalação PICC  | 15 | 21% |

A infiltração foi o principal motivo de retirada do acesso venoso periférico (53%), o que leva a inferir que um ou mais fatores no processo de instalação e/ou manutenção do acesso venoso periférico contribuíram para esse desfecho.

Em geral, a infiltração do acesso venoso periférico pode decorrer de má perfusão periférica, visualização inadequada do local de infusão venosa, falta de observação frequente do local de punção e demora em parar a infusão diante dos primeiros sinais de irritação no local de punção<sup>24</sup>. Não se observou, entre os motivos de retirada, a remoção acidental do cateter, o que indica que a fixação desse dispositivo está sendo realizada de forma adequada.

A cateterização venosa central é muito utilizada em pacientes com instabilidade hemodinâmica, e a incidência de complicações oriundas desse procedimento varia conforme o tipo de cateter utilizado, a frequência de manipulações, o tempo de permanência, e até mesmo fatores pessoais. O quadro 3 enfoca as instalações bem sucedidas do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), comparadas com as tentativas de realização correta do procedimento.

**Quadro 3 - Instalações versus tentativa de instalação de PICC**

| RN                   | 38 | Média |
|----------------------|----|-------|
| Instalações          | 52 | 1,3   |
| Tentativas de Punção | 83 | 2,1   |

Os dados obtidos permitiram identificar que foram instalados cinquenta e dois (52) PICC em trinta e oito (38) RN, com média de 1,3 instalações por RN, e que foram feitas oitenta e três (83) tentativas de punção nesses pacientes, com média de 2,1 tentativas por RN.

A partir da observação desses resultados, é possível concluir que devido às tentativas mal sucedidas de instalação do cateter, o RN foi exposto a eventos adversos, como dor e até mesmo infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter<sup>24 31</sup>. Assim é fundamental considerar a importância de realizar corretamente esse procedimento, visto que “a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres vasculares nos pacientes pediátricos apresenta uma densidade de 1,7 a 2,4 infecções por mil/cateteres/dia instalados<sup>31</sup>.”

**Tabela 10 - Motivos de retirada - PICC**

| RN                           | 38 | %   |
|------------------------------|----|-----|
| Infiltração                  | 6  | 12% |
| Fim da Indicação             | 27 | 52% |
| Mau posicionamento           | 7  | 13% |
| Obstrução/Fratura do cateter | 9  | 17% |
| Outros                       | 3  | 6%  |

Observou-se, também, que o principal motivo de retirada do PICC foi o fim da indicação (52%), enquanto os demais motivos (infiltração, mau posicionamento, obstrução/fratura do cateter) representaram 42% dos motivos de retirada do cateter. Os motivos citados ainda apresentam um alto percentual, o que demonstra que um ou mais fatores no processo de instalação e de manutenção do cateter interferem nesse resultado.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente orienta que é preciso prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde, uma vez que causam danos ao paciente e prejuízos associados ao cuidado à saúde, decorrentes de processos ou estruturas da assistência.

O cateter umbilical é um procedimento invasivo cujas finalidades são infusão de líquidos, monitoração de pressão arterial invasiva, gasometria arterial, intervenção cardíaca, infusão de drogas e trocas sanguíneas, dentre outras. A instalação do cateter umbilical é comum e essencial no cuidado aos RN internados em UTIN que necessitem de infusão

contínua de soluções e drogas. Todavia, é importante lembrar que se trata de procedimento de caráter emergencial, e assim não deve ser escolhido para acesso de rotina, pelo risco das complicações de utilização dessa via. O quadro 4 demonstra o quantitativo de cateteres instalados em RN internados na UTIN, cenário do estudo, no período de coleta de dados da pesquisa.

**Quadro 4 - Instalações de Cateter Umbilical**

| RN          | 22 |
|-------------|----|
| Instalações | 22 |

De acordo com os dados da tabela 10, a instalação de PICC (em 92% dos casos) foi o principal motivo de retirada do cateter umbilical, seguido pelo fim da indicação e pelo óbito do RN (4% cada um), o que aponta para uma manutenção adequada do cateter pela equipe de enfermagem, e um bom entrosamento da equipe multidisciplinar no que se refere à instalação do cateter umbilical, uma vez que geralmente esse cateter é instalado pelo médico (neonatologista) com a finalidade preservar os vasos periféricos para posterior inserção do PICC pelo enfermeiro.<sup>24, 29</sup>

**Tabela 11 - Motivos de retirada do Cateter Umbilical**

| RN                  | 22 |     |
|---------------------|----|-----|
| Instalação pra PICC | 20 | 92% |
| Mal Posicionamento  | -  | -   |
| Fim da Indicação    | 1  | 4%  |
| Óbito               | 1  | 4%  |

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os indicadores analisados e correlacioná-los com as práticas, levando em consideração os dados coletados, percebe-se um déficit quando o assunto é qualidade, principalmente porque nem sempre atende ao padrão ouro, que representa a melhor qualidade possível tendo em vista preservar a segurança do RN.

Quando existe o compromisso de oferecer assistência, deve-se ter em mente que esta, minimamente, deve ser ofertada com qualidade, e para que isso ocorra, é necessário que haja segurança durante o cuidado prestado, o que significa dizer que não pode haver danos ou eventos adversos evitáveis decorrentes dessa assistência, até porque a segurança representa um dos quesitos mais importantes quando o assunto é a dimensão da qualidade.

Os Órgãos federais reguladores e normatizadores enfatizam que para alcançar qualidade na assistência de saúde, é necessário garantir a segurança do paciente, e isso engloba ausência de lesões e sequelas resultantes dessa assistência, que se espera seja benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem os riscos de danos aos pacientes. Dessa forma, no caso dos RN internados em UTIN, é essencial que os serviços de saúde estejam comprometidos com a capacitação dos seus profissionais, para que qualidade da assistência seja assegurada mediante o uso correto das tecnologias avançadas disponíveis nessa Unidade.

Em relação à assistência ventilatória, as ações de enfermagem visam a manutenção das trocas gasosas necessárias à estabilização do RN por meio da oxigenoterapia. Todavia, se não for realizada corretamente, essa terapia pode afetar os pulmões causando barotrauma e broncodisplasia, e retinopatia da prematuridade quando o oxigênio em excesso resulta em efeito tóxico sobre a retina. É de se ressaltar também que o uso incorreto de materiais e equipamentos para a instalação da assistência ventilatória, isto é, sem observância dos critérios estabelecidos nos Manuais utilizados no estudo, também pode lesionar o septo nasal do RN.

Apesar de os números encontrados no decorrer da pesquisa, de acordo com os indicadores de qualidade a respeito de lesões de septo nasal, motivos de retirada e padrões de saturação apresentarem-se sempre abaixo de 50% do total, ou seja, tendo mais que 50% da assistência oferecida dentro da segurança e da efetividade, não podem ser considerados aceitáveis pelos padrões de qualidade propostos e esperados pelos Órgãos reguladores e normatizadores, já que todos os procedimentos durante os processos de trabalho e situações, oferecem riscos ao RN embora possam ser evitados no período de internação e na assistência prestada. Exemplificando, no caso das lesões do septo nasal, bastaria a escolha correta da

pronga nasal de acordo com o peso do RN, a inspeção constante do septo e da mucosa nasal, a utilização de proteção do septo, dentre outras medidas.

No caso da retirada do TOT por obstrução, é possível afirmar que o problema ocorre por falta de aspiração, considerada uma das causas mais comuns, o que leva a pensar em desatenção ou descuido do profissional na execução do procedimento inicial.

A manutenção dos limites de alarme dos monitores dentro dos parâmetros preconizados pelo Manual de assistência ao Recem Nascido Prematuro(2011) também significa qualidade, uma vez que se a saturação de oxigênio estiver abaixo dos níveis exigidos, não permitirá uma oxigenação adequada, causando hipóxia no RN; e se a saturação de oxigênio estiver acima do normal, também pode causar danos ao RN, como já foi sobejamente citado. Mas é importante destacar que um dos motivos mais frequentes relacionados a danos por utilização incorreta da assistência ventilatória, é a desatualização dos profissionais em relação às tecnologias atuais, devendo-se enfatizar a importância da educação permanente para prevenir situações de risco, proporcionando ao RN um cuidado seguro.

Na terapia intravenosa, as ações de enfermagem estão voltadas para a manutenção de um acesso venoso seguro, o que significa dizer permeabilidade com o mínimo de risco de desenvolvimento de infecções locais e sistêmicas, isto porque quando se expõe o RN a múltiplas punções periféricas e/ou instalações de cateteres centrais, a permeabilidade é comprometida e o risco de desenvolvimento de infecções aumentado.

Os números da pesquisa apontam para a necessidade de aperfeiçoamento dos processos de trabalho da equipe de enfermagem na instalação e manutenção de acessos venosos periféricos e cateteres centrais, com capacitação de toda a equipe através de programas de educação permanente, de acordo com protocolos atuais preconizados nos manuais utilizados no estudo. Esses protocolos contem normas, descrição do uso correto da tecnologia utilizada na UTIN, rotinas, procedimentos e informações necessárias para execução de uma assistência adequada e de qualidade, e também o alerta para a necessidade de protocolos e técnicas e a criação de outros, mais atualizados, para a assistência e a realização de procedimentos.

Deve-se levar em conta, também, o número de profissionais da equipe de enfermagem que atuam na UTIN como determinante para a instalação e, principalmente, manutenção do acesso venoso, uma vez que no decorrer dos turnos de trabalho, é imprescindível realizar avaliações constantes, tanto dos locais de instalação dos acessos, como das conexões e do funcionamento de equipamentos como a bomba de infusão contínua.



Logo, existe a necessidade de redimensionar o quantitativo de pessoal estabelecido para atuar na UTIN de acordo com as orientações do órgão que regulamenta o exercício profissional e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para que os quesitos indispensáveis à qualidade sejam atendidos.

Diante do exposto, e visando o alcance da melhor qualidade dispensada pela equipe de enfermagem na UTIN, é imprescindível considerar: a necessidade de atualização dos profissionais de enfermagem voltados para os procedimentos de assistência ventilatória e terapia intravenosa, para tanto realizando-se programas de educação permanente em âmbito interno e externo à instituição; a participação efetiva dos profissionais da equipe multidisciplinar na escolha de materiais e equipamentos utilizados na UTIN e o redimensionamento do pessoal de enfermagem dessa Unidade, visando evitar o desgaste físico e emocional decorrente da sobrecarga de trabalho.

Trata-se de medidas que podem contribuir decisivamente para a melhoria do atendimento qualificado e integral à saúde dos bebês prematuros internados na UTIN, observando as condições de segurança preconizadas pela legislação vigente.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DUARTE, ED, SENA RRS, XAVIER, CC. Processos de trabalho na unidade neonatal. Construção de uma atenção orientada pela integralidade. Rev Esc Enf USP, 2009; 43(3) 647-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a21v43n3.pdf> em 25/05/2011. Acesso em 25/05/2011.
2. TEIXEIRA JDR, CAMARGO FA, TRONCHIN DRM, MELHEIRO RM. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência nos períodos puerperal e neonatal. Rev Enf UERJ, 2006; 14(2).
3. FELDMAN LB, CUNHA ICK. Identificação dos critérios de avaliação de resultado do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. Rev Latino-Am. Enfermagem, 2006; 14(4):540-545. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a11.pdf>. Acesso em: 25/05/2011.
4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. Regulamenta o exercício profissional de Enfermagem. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.
5. SEYMER RL. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revistando a história. Rev Bras Enferm, 2005; 58(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>. Acesso em 25/05/2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn\\_v1.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf).
7. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Portaria nº 3422, de 1998. Dispõe sobre Critérios de classificação de Unidades de Tratamento Intensivo-UTI.
8. BRASIL. Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998. Departamento nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de sistemas de informação. Sistema único de saúde - legislação federal secretaria de vigilância sanitária. Disponível em: [sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/GM\\_P466\\_98uti.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/GM_P466_98uti.doc).
9. D'INNOCENZO M. Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2010. p. 26-27.
10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório da Conferência Internacional Sobre Cuidado Primário de Saúde. 1986.
11. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1998. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade->

- legislativa/legislacao/Constituicoes\_Brasileiras/constituicao1988.html/ConstituicaoTextoAtualizado\_EC82.pdf.
12. HARADA MJCS, PEDREIRA MLG. Terapia Intravenosa e Infusões. São Caetano do Sul. São Paulo. Yendis, 2011.
  13. DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan; Health Administration press. 1999.
  14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3. Edição. Rev. e Atual. – Brasília, 2002.
  15. ANTUNES AV. O Gerenciamento da Qualidade na Enfermagem [tese]. São Paulo EERP/USP 1997.
  16. OLIVEIRA BRG, COLLET N, VIEIRA CS, LOPES TA. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidado humanizado. Texto e Contexto Enf, 2: 258-65. Florianópolis 2009.
  17. PADILHA MICS, MARCIA JR. Florence Nightingale e as Irmãs de Caridade- revisitando a história. Ver. Bras-Enferm. Vol 5 nº 6 Brasília 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>.
  18. JOINT COMMISSION ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION. Accreditation Manual for hospital Nursing care 1992 79-85.
  19. BERWICK DM. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo 2006.
  20. SILVA VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação do trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo (SP): USP/Escola de Enfermagem, 1996.
  21. GAÍVA MAM, SCOCH CGS. Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem em UTI Neonatal. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12(3):469-76 Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1883/1940>.
  22. ROLIN, KMC; CARDOSO, MVLML. O Discurso e a Prática do Cuidado ao Recém Nascido de Risco: refletindo sobre a atenção Humanizada. Ver. Latino Am. Enferm. 2006 14 (1) 85-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a12.pdf>.
  23. SILVA KL, NOBREGA MML. SNATOS SSC. Necessidades Psicobiologias na teoria das necessidades humanas básicas: uma revisão de literatura. Nursing, 93 (9): 680-686. São Paulo 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027950016.pdf>.
  24. TAMEZ RN, SILVA MJP. Enfermagem em UTI Neonatal: assistência ao Recém Nascido de Risco. 3. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1999.

25. SCOCHI CG. A humanização da Assistência Hospitalar em Bebê Prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2000.
26. BRASIL. Atenção à saúde do recém nascido: guia para os profissionais de saúde. Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Brasília. Ministério da Saúde, 2011 p 205. Disponível em: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn\\_v3.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v3.pdf).
27. MORLEY C. Que dispositivo CPAP nasal neonatal devemos utilizar em lactentes com taquipneia transitória do recém nascido? **Jornal de Pediatria**, 2013; 87(6). Acesso em 20/02/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n6/v87n06a02.pdf>.
28. FERREIRA FLC, SILVA GF, FONSECA PLM, CRISTOFFEL, MM. Terapia Intravenosa em Neonatologia e Pediatria: uma revisão sistemática da literatura. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On Line, ed Supl: 125-129. Rio de Janeiro 2010. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/838/pdf\\_99](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/838/pdf_99).
29. TODD J. Clinical Peripherally Inserted Catheters and Their Use in IV Therapy. Nurs, 1999; 8 (3); 140-4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10222875>.
30. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 258 de 12 de Julho de 2001. Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao\\_read.asp?id=311](http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao_read.asp?id=311).
31. LOURENÇO AS; OHARA CVS. Conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica de inserção do cateter central de inserção periférica em recém-nascidos. Rev Latino-Am Enferm, 2010; 18(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_08.pdf).
32. MARCONI MA, LAKATOS EM. Técnicas de pesquisa. 2. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
33. POLIT, DF; HUNGLER BP. Delineamento de pesquisa. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre; Artes Médicas; 1995. [Cap 6, p 108-140].
34. COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Caderno de Ética em Pesquisa**, Brasília, 2000.
35. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde 2 ed. São Paulo (SP) Hucitec. 1993.
36. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de

- Saúde. Brasília, 2013. p 172. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>.
37. ANTUNES JCP, NASCIMENTO MAL. GOMES AVO, ARAÚJO MC; CHISTOFFEL, MM. Tecnologia coadjuvante no tratamento do recém nato prematuro: cuidados de enfermagem no uso do CPAP nasal. Enfermeria Global, 2010; 20: 01-11. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/111141/105541>.
38. BARBOSA LA; CAMPOS ACS, CHAVES EMC. Complicações não clínicas da ventilação mecânica: ênfase no cuidado de enfermagem neonatal. Acta Paul Enf, 2006; 19(04):439-453. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a12.pdf> . Acesso em 10/05/2012.
39. CARVALHO FL, MEZZACAPA MA, CALIL R; MACHADO HC. Incidência e fatores de risco para extubação acidentada em uma unidade de terapia intensiva neonatal. J. Pediatria; 86(3). Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n3/a05v86n3.pdf>.

#### 6.1. BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

1. BONFIM SF. Lesão de septo nasal em neonatos pré termo no uso de prongas nasais. [tese] Recife UFPE. 2012. p139. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a22.pdf>. Acesso em 10/07/2013.
2. COSTENARO RGS. Atuação do Enfermeiro e Equipe multiprofissional no Centro de Terapia Intensiva: Um estudo fundamentado na teoria de Wieclenbach In: Costenaro RGS. Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões. Santa Maria. UNIFRA; 2001. P131-42.
3. YURI NE, TRONCHIN DMR. Qualidade Assistencial na Divisão de Enfermagem Materno Infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermeiros. Rev Esc Enf USP, 2010; 44(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/13.pdf>.

## 7. APÊNDICES

### 7.1 APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem em uma Unidade Neonatal Universitária

Pesquisadores Responsáveis: Valdecyr Herdy Alves; Maria Teresa Barbosa

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense-UFF

Telefones para contato:

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G. \_\_\_\_\_

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem em uma Unidade Neonatal Universitária de responsabilidade dos pesquisadores Valdecyr Herdy Alves e Maria Teresa Barbosa. Os objetivos da pesquisa são:

**Objetivo:** - Identificar os processos de trabalho da assistência de enfermagem realizados na Unidade Neonatal.

- Analisar os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na UTI neonatal de um hospital universitário;

- Discutir os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na UTI neonatal de um hospital universitário;

Este trabalho se justificativa por acreditar que a temática permita levar uma reflexão sobre os Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem em uma Unidade Neonatal Universitária. As entrevistas serão identificadas com nomes fictícios para preservar sua identidade. Caso necessite, poderão ser marcados encontros para respostas ou esclarecimentos de qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e/ ou revistas científicas. A retirada do consentimento e permissão de realização do estudo pode ser feita a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízos. Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo representante legal do sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Participante)

\_\_\_\_\_  
(Responsável por obter o consentimento)

## 7.2 APÊNDICE B – INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

## 7.2.1 Questionário: Assistência ventilatória

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SD ( ) SN ( )

**Identificação do recém nascido**

|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| Nome                  | Data do nascimento: ___/___/___ |
| Nome da mãe           | Hora do nascimento:             |
| Peso: _____ g         | Estatura: _____ cm              |
| Apgar: ___/___/___    |                                 |
| Sexo:                 | Parto:                          |
| Motivo da internação: |                                 |

**Tubo orotraqueal – TOT.**

|   |            |                    |
|---|------------|--------------------|
| Instalação do TOT: ___/___/___  | Nº do TOT: | FiO <sub>2</sub> : |
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: _____ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela. |            |                    |
| Troca do TOT: ( ) sim; ( ) não  |            |                    |
| Motivo da troca do TOT _____  |            |                    |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____  |            |                    |
| Retirada do TOT: ( ) sim; ( ) não.  |            |                    |
| Motivo da retirada do TOT: _____ FiO <sub>2</sub>   |            |                    |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|   |  |  |
|---|--|--|
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: _____ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela. |  |  |
| Troca do TOT: ( ) sim; ( ) não  |  |  |
| Motivo da troca do TOT _____  |  |  |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____  |  |  |
| Retirada do TOT: ( ) sim; ( ) não.  |  |  |
| Motivo da retirada do TOT: _____  |  |  |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|   |  |  |
|---|--|--|
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: _____ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela. |  |  |
| Troca do TOT: ( ) sim; ( ) não  |  |  |
| Motivo da troca do TOT _____  |  |  |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____  |  |  |
| Retirada do TOT: ( ) sim; ( ) não.  |  |  |

|                                  |
|----------------------------------|
| Motivo da retirada do TOT: _____ |
|----------------------------------|

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CPAP Nasal**

|  |
|--|
| Instalação do CPAP: ___/___/___ N° do CPAP: _____ FiO <sub>2</sub> : _____   |
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: _____ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela |
| Proteção de septo nasal: ( ) sim; ( ) não  |
| Hiperemia de septo nasal: ( ) sim; ( ) não   |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____   |
| Retirada do CPAP: ( ) sim; ( ) não.  |
| Motivo da retirada do CPAP: _____  |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|  |
|--|
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: _____ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela |
| Proteção de septo nasal: ( ) sim; ( ) não  |
| Hiperemia de septo nasal: ( ) sim; ( ) não   |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____   |
| Retirada do CPAP: ( ) sim; ( ) não.  |
| Motivo da retirada do CPAP: _____  |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|  |
|--|
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: _____ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela |
| Proteção de septo nasal: ( ) sim; ( ) não  |
| Hiperemia de septo nasal: ( ) sim; ( ) não   |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____   |
| Retirada do CPAP: ( ) sim; ( ) não.  |
| Motivo da retirada do CPAP: _____  |

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Oxy- Hood**



|  |                    |
|--|--------------------|
| Instalação do Hood: ___/___/___  | FiO <sub>2</sub> : |
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: ___ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela |                    |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____                                       |                    |
| Retirada do Hood: ( ) sim; ( ) não.  |                    |
| Motivo da retirada do Hood: _____  |                    |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|  |                    |
|--|--------------------|
| Instalação do Hood: ___/___/___  | FiO <sub>2</sub> : |
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: ___ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela |                    |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____                                       |                    |
| Retirada do Hood: ( ) sim; ( ) não.  |                    |
| Motivo da retirada do Hood: _____  |                    |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|  |                    |
|--|--------------------|
| Instalação do Hood: ___/___/___  | FiO <sub>2</sub> : |
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: ___ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela |                    |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____                                       |                    |
| Retirada do Hood: ( ) sim; ( ) não.  |                    |
| Motivo da retirada do Hood: _____  |                    |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|  |                    |
|--|--------------------|
| Instalação do Hood: ___/___/___  | FiO <sub>2</sub> : |
| Aspiração de secreções:<br>Frequência: ___ vezes<br>Características: ( ) Fluida; ( ) Espessa; ( ) Clara; ( ) Amarela |                    |
| Monitorização da SatO <sub>2</sub> : Limite Maximo: _____ Limite mínimo: _____                                       |                    |
| Retirada do Hood: ( ) sim; ( ) não.  |                    |
| Motivo da retirada do Hood: _____  |                    |

**Observações:** \_\_\_\_\_

### 7.2.2 Questionário: Terapia Intravenosa

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SD ( ) SN ( )

Identificação do recém nascido

|             |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| Nome        | Data do nascimento: ___/___/___ |
| Nome da mãe | Hora do nascimento:             |

**Acesso venoso periférico** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|   |
|---|
| Rede venosa: ( ) preservada ( ) prejudicada                               |
| Perfusão sanguínea periférica: ( ) preservada ( ) prejudicada             |
| Indicação: Hidratação venosa ( ) NPT ( ) Outras ( ) _____                 |
| Local da punção venosa: _____   |
| Tentativas de punção venosa sem sucesso: ( ) sim; ( ) não: Quantas? _____ |
| Troca do local de punção venosa: ( ) sim ( ) não.                         |
| Motivo da troca do local da punção venosa: _____                          |
| Retirada do acesso venoso periférico: ( ) sim ( ) não.<br>Motivo: _____   |
| Data: ___/___/___ ( ) SD ( ) SN   |
| Rede venosa: ( ) preservada ( ) prejudicada                               |
| Perfusão sanguínea periférica: ( ) preservada ( ) prejudicada             |
| Indicação: Hidratação venosa ( ) NPT ( ) Outras ( ) _____                 |
| Local da punção venosa: _____   |
| Tentativas de punção venosa sem sucesso: ( ) sim; ( ) não: Quantas? _____ |
| Troca do local de punção venosa: ( ) sim ( ) não.                         |
| Motivo da troca do local da punção venosa: _____                          |
| Retirada do acesso venoso periférico: ( ) sim ( ) não.<br>Motivo: _____   |
| Data: ___/___/___ ( ) SD ( ) SN   |
| Rede venosa: ( ) preservada ( ) prejudicada                               |
| Perfusão sanguínea periférica: ( ) preservada ( ) prejudicada             |
| Indicação: Hidratação venosa ( ) NPT ( ) Outras ( ) _____                 |
| Local da punção venosa: _____   |
| Tentativas de punção venosa sem sucesso: ( ) sim; ( ) não: Quantas? _____ |
| Troca do local de punção venosa: ( ) sim ( ) não.                         |
| Motivo da troca do local da punção venosa: _____                          |
| Retirada do acesso venoso periférico: ( ) sim ( ) não.<br>Motivo: _____   |
| Data: ___/___/___ ( ) SD ( ) SN   |
| Rede venosa: ( ) preservada ( ) prejudicada                               |
| Perfusão sanguínea periférica: ( ) preservada ( ) prejudicada             |
| Indicação: Hidratação venosa ( ) NPT ( ) Outras ( ) _____                 |
| Local da punção venosa: _____   |
| Tentativas de punção venosa sem sucesso: ( ) sim; ( ) não: Quantas? _____ |
| Troca do local de punção venosa: ( ) sim ( ) não.                         |
| Motivo da troca do local da punção venosa: _____                          |
| Retirada do acesso venoso periférico: ( ) sim ( ) não.<br>Motivo: _____   |
| Data: ___/___/___ ( ) SD ( ) SN   |
| Rede venosa: ( ) preservada ( ) prejudicada                               |
| Perfusão sanguínea periférica: ( ) preservada ( ) prejudicada             |
| Indicação: Hidratação venosa ( ) NPT ( ) Outras ( ) _____                 |
| Local da punção venosa: _____   |
| Tentativas de punção venosa sem sucesso: ( ) sim; ( ) não: Quantas? _____ |
| Troca do local de punção venosa: ( ) sim ( ) não.                         |
| Motivo da troca do local da punção venosa: _____                          |
| Retirada do acesso venoso periférico: ( ) sim ( ) não.<br>Motivo: _____   |

Motivo: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**PICC** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|   |
|---|
| Indicação: Hidratação venosa ( ) NPT ( ) Drogas vasoativas ( ) Antibioticoterapia ( ) |
| Veia: _____   |
| Tentativas de instalação sem sucesso: ( ) sim; ( ) não: Quantas? _____                |
| Curativo: ___/___/___   |
| Retirada do cateter: ___/___/___  |
| Motivo: _____ -   |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|   |
|---|
| Indicação: Hidratação venosa ( ) NPT ( ) Drogas vasoativas ( ) Antibioticoterapia ( ) |
| Veia: _____   |
| Tentativas de instalação sem sucesso: ( ) sim; ( ) não: Quantas? _____                |
| Curativo: ___/___/___   |
| Retirada do cateter: ___/___/___  |
| Motivo: _____ -   |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|   |
|---|
| Indicação: Hidratação venosa ( ) NPT ( ) Drogas vasoativas ( ) Antibioticoterapia ( ) |
| Veia: _____   |
| Tentativas de instalação sem sucesso: ( ) sim; ( ) não: Quantas? _____                |
| Curativo: ___/___/___   |
| Retirada do cateter: ___/___/___  |
| Motivo: _____ -   |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) SD ( ) SN

|   |
|---|
| Indicação: Hidratação venosa ( ) NPT ( ) Drogas vasoativas ( ) Antibioticoterapia ( ) |
| Veia: _____   |
| Tentativas de instalação sem sucesso: ( ) sim; ( ) não: Quantas? _____                |
| Curativo: ___/___/___   |
| Retirada do cateter: ___/___/___  |
| Motivo: _____ -   |

Observações

## 8. ANEXO

### 8.1 APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP / FM / HUAP / UFF

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem em uma Unidade Neonatal Universitária

**Pesquisador:** Valdecyr Herdy Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 01660412.9.0000.5243

**Instituição Proponente:** Universidade Federal Fluminense

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 182.267

**Data da Relatoria:** 07/12/2012

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa do Mestrado Profissional na área Materno Infantil da Pós Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, intitulada Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem em uma Unidade Neonatal Universitária.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa descritiva não experimental visando analisar os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital universitário.

O estudo será realizado na unidade neonatal do Hospital Universitário Antônio Pedro- UFF

A amostra prevista serão os procedimentos executados pelos enfermeiros nos processos de trabalho de enfermagem na Unidade Neonatal do HUAP/UFF no período de junho a dezembro de 2012. Está previsto a participação de 12 enfermeiros.

A coleta de dados do estudo será sistematizado utilizando-se indicadores de qualidade da assistência de enfermagem prestada ao recém nascido através de instrumento próprio, elaborado a partir da observação dos procedimentos realizados junto ao recém nascido na unidade neonatal e de acordo com os norteadores preconizados pelo Ministério da Saúde, através dos manuais relacionados à assistência neonatal e acreditação hospitalar.

Assim serão utilizados formulários com questões objetivas sobre os procedimentos executados durante o desenvolvimento dos processos de trabalho de enfermagem na unidade neonatal.

Serão utilizados formulários semiestruturados com questões objetivas e justificativas quando a questão exigir. Os questionários serão avaliados e codificados pelos pesquisadores, sendo banco

**Endereço:** Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 24.030-210  
**UF:** RJ **Município:** NITERÓI  
**Telefone:** (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br)

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



de dados construído através do programa excel para gerenciamento de dados e análises estatísticas.

**\* Critérios de Inclusão:**

Todos os enfermeiros que estejam executando os processos de trabalho na unidade neonatal do Hospital Universitário Antonio Pedro no período em que a pesquisa estiver sendo realizada.

**\*Critérios de Exclusão:**

Os enfermeiros que se encontrem em gozo de férias ou afastado por licença médica no período em que a pesquisa estiver sendo realizada.

**Objetivo da Pesquisa:**

\* **Objetivo Primário:** Identificar os processos de trabalho da assistência de enfermagem realizados na Unidade Neonatal.

**\* Objetivos Secundários:**

- Analisar os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na UTI neonatal de um hospital universitário.

- Discutir os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na UTI neonatal de um hospital universitário.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O presente estudo poderá oferecer riscos diretos ou indiretos para os sujeitos da pesquisa em relação ao questionamento sobre técnicas de cuidado ofertadas aos bebês prematuros na UTI neonatal e sua relação com a qualidade do serviço ofertado pelo enfermeiro, porém, acredita-se que tal fato poderá ser observado pelo pesquisador e resolvido com apoio do serviço de educação permanente do próprio HUAP.

**Benefícios:**

O presente estudo trás como benefício para o serviço da UTI neonatal e para a equipe de enfermagem a busca de um cenário de qualidade em serviço e a possibilidade de um novo redesenho do cuidado ofertado para os bebês assistidos na unidade.

Assim sendo, a relação riscos x benefícios é totalmente favorável aos benefícios, justificando a pesquisa.

**Endereço:** Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 24.030-210  
**UF:** RJ **Município:** NITERÓI  
**Telefone:** (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** [esca@vm.uff.br](mailto:esca@vm.uff.br)

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa exequível de ser realizada.

Foi solicitado em parecer anterior a revisão do TCLE, o que foi feito pelo pesquisador.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apresentados, dentro das normas vigentes.

TCLE Revisto

**Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação do projeto

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendada a aprovação pelo CEP.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

NITEROI, 02 de Janeiro de 2013

---

Assinador por:  
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ  
(Coordenador)