



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO
MARANHÃO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CAMPUS BALSAS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARCIA EDUARDA RIOS RODRIGUES

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS
INTERCORRÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO**

BALSAS- MA
2022

MARCIA EDUARDA RIOS RODRIGUES

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS
INTERCORRÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO**

Monografia de Pesquisa em Saúde apresentado ao curso Bacharel de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão como requisito para obtenção do grau de Bacharelado de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Jaiane de Melo Vilanova.

BALSAS- MA
2022

R696a

Rodrigues, Marcia Eduarda Rios.

Assistência de enfermagem frente às principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo. / Marcia Eduarda Rios Rodrigues. – Balsas, 2022.

76f.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA / Balsas, 2022.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Recém-Nascido Prematuro. 3. Enfermagem Neonatal. I. Título.

CDU: 618.3

MARCIA EDUARDA RIOS RODRIGUES

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS
INTERCORRÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO**

Monografia de Pesquisa em Saúde apresentado ao curso Bacharel de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão como requisito para obtenção do grau de Bacharelado de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Jaiane de Melo Vilanova.

Data de Aprovação: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Jaiane de Melo Vilanova

Universidade Estadual do Maranhão

Prof.^a MsC. Ana Maria Marques de Carvalho

Universidade Estadual do Maranhão

Enf.^a Camila de Andrade Silva

Universidade Estadual do Maranhão

Balsas- MA
2022

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Gracifran Rios, por todos os seus esforços impagáveis para me conceder uma educação de qualidade e por me ensinar que o meu conhecimento é o meu único e verdadeiro poder. O que sou hoje e o que serei no futuro, devo a ela.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir o dom da vida e pela força em todos os momentos ao longo da minha vida, principalmente durante os anos de universidade. Por me gratificar com momentos grandiosos durante a graduação e que sem dúvidas servirão de alicerce para o meu futuro profissional.

Aos meus pais, Gracifran e Webier, por não medirem esforços para promover a minha educação, por me ensinarem o valor imensurável do caráter, lealdade, honestidade, educação e gentileza, por terem me dado a oportunidade de construir o meu caminho e pelo amor, suporte e apoio incondicional.

Ao meu irmão Gabriel, por ter tanto orgulho da minha trajetória, ter prazer em compartilhá-la com os amigos de sua idade e pela segurança que seus olhos de criança sentem ao me ver quando está machucado e ter a certeza que eu sei como resolver, desejo que todos os meus pacientes compartilhem deste sentimento de acalanto.

Ao meu namorado, Luan, pelo apoio, força e incentivo nos momentos difíceis durante a graduação e, principalmente, durante o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, por me auxiliar em meus estudos, por ser tão paciente e colaborativo, amoroso, cuidadoso e compreensivo.

À Universidade Estadual do Maranhão pela oportunidade de realizar um curso superior de forma pública com tanta maestria, profissionais de excelência, incentivo à iniciação científica, oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional e por todo o amadurecimento que me proporcionou durante os anos de graduação.

Agradeço a todos os professores pelos anos dedicados a proporcionar um compartilhamento de conhecimento e formação de futuros profissionais de qualidade, por proporcionar um ensino que vai muito além do científico. Em especial, agradeço à minha orientadora, Jaiane, por todas as correções, sugestões, dicas, ajudas, pela confiança, pelo empenho dedicado neste trabalho, pelo afago nos momentos difíceis e por todos os ensinamentos durante o curso.

Agradeço a todos os meus amigos que contribuíram durante os anos de universidade e pelos momentos de lazer compartilhados, em especial, à minha amiga que a universidade proporcionou, Beatriz, que juntas traçamos estes anos dividindo os medos, angústias e felicidades, bem como minha amiga Tatiana, por além de todos

os momentos compartilhados também me auxiliou na fase final deste projeto, serei sempre grata.

Agradeço ao Hospital Regional de Balsas pela oportunidade da realização da pesquisa, em especial à Enfermeira Madaísa por ter sido tão colaborativa, compreensiva, resolutiva e, principalmente, pela confiança em mim depositada.

A todos os meus colegas de turma e futuros enfermeiros, que sem dúvidas serão profissionais honrados, humanos, éticos e dedicados, pelos muitos momentos compartilhados, o sentimento nesta reta final é que construímos algo memorável.

Por fim, agradeço a todos aqueles que fizeram parte deste momento de formação de forma direta ou indireta me ajudando ao longo desses anos. Eternamente grata.

Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?

Fernando Pessoa

RESUMO

O nascimento prematuro é aquele que acontece até a 36^a semana gestacional, tratando-se de um momento de adaptação fisiológica para o meio extrauterino, podendo estar associado a intercorrências neonatais que demandam monitorização contínua e cuidados intensivos. O estudo objetiva analisar a assistência da equipe de enfermagem na identificação das principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo e nas intervenções necessárias na unidade neonatal. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório. O cenário desta pesquisa é o município de Balsas, foram coletados os dados com a equipe de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) no Hospital Regional de Balsas e a coleta de dados ocorreu por meio entrevista e aplicação de um formulário semiestruturado. Assim, foi possível verificar que os profissionais de enfermagem utilizam a monitorização como forma de identificação de intercorrências e que o plano de cuidados para intervenções é variável de acordo com o profissional e intercorrências apresentadas, uma vez que a unidade não possui normatização quanto a procedimentos operacionais padrão. Quanto à percepção da dor do recém-nascido, verificou-se que a identificação é feita apenas pelo profissional enfermeiro durante a sistematização da assistência de enfermagem e que uma parte da equipe técnica acredita que o neonato prematuro não seja capaz de compreender o estímulo álgico. Ademais, ressalta-se a necessidade de implementação de normatização quanto aos procedimentos operacionais padrões e atualização do conhecimento científico da equipe a fim de aprimorar as habilidades de identificação de intercorrências, intervenção e manejo da dor.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Recém-Nascido Prematuro. Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

Premature birth is the one that occurs until the 36th gestational week, being a moment of physiological adaptation to the extrauterine environment, and may be associated with neonatal complications that require continuous monitoring and intensive care. The study aims to analyze the assistance of the nursing team in the identification of the main complications in preterm newborns and in the necessary interventions in the neonatal unit. This is a field research, with a qualitative approach of the descriptive-exploratory type. The scenario of this research is the municipality of Balsas, data were collected with the nursing team of the Conventional Neonatal Intermediate Care Unit (UCINCo) at the Regional Hospital of Balsas and data collection occurred through interviews and application of a semi-structured form. Thus, it was possible to verify that nursing professionals use monitoring as a way of identifying complications and that the care plan for interventions varies according to the professional and presented complications, since the unit does not have standardization regarding standard operating procedures. Regarding the perception of the newborn's pain, it was verified that the identification is made only by the nursing professional during the systematization of nursing care and that a part of the technical team believes that the premature neonate is not able to understand the pain stimulus. Finally, we emphasize the need to implement standardization regarding standard operating procedures and update the scientific knowledge of the team in order to improve the skills of identification of complications, intervention and pain management.

Keywords: Nursing care. Premature Newborn. Neonatal Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
GOV	Governo Federal Brasileiro
IASP	International Association for the Study of Pain
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística\
IG	Idade Gestacional
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCA	Persistência do Canal Arterial
PE	Processo de Enfermagem
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
POP	Procedimento Operacional Padrão
RN	Recém-nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SDR	Síndrome do Desconforto Respiratório
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOT	Tubo Orotraqueal
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UEMA	Universidade Estadual do Maranhão
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição dos participantes da pesquisa conforme sexo e faixa etária. Balsas, Maranhão, Brasil, 2022	34
TABELA 2- Dados ocupacionais dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem da Unidade de Cuidado Convencional Neonatal participantes da pesquisa. Balsas, Maranhão, Brasil, 2022	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Associação entre a realização do pré-natal e morbidade neonatal	18
2.2 Identificação das principais intercorrências que acometem o recém-nascido pré-termo no período de internação	20
2.2.1 A dor como intercorrência recorrente	23
2.3 Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo	25
3 METODOLOGIA	28
3.1 Tipo de estudo	28
3.2 Cenário da pesquisa	29
3.3 Sujeitos da pesquisa	30
3.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	30
3.5 Organização e análise dos dados	31
3.6 Aspectos éticos	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	34
4.2 Dados referentes à realização das entrevistas	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema: Assistência em Enfermagem Neonatal

O período neonatal compreende o espaço de tempo que começa no nascimento e termina após 28 dias completos do recém-nascido. Esse período recebe atenção especial dado a fragilidade do neonato, por ser considerada a fase mais vulnerável para a saúde infantil devido aos riscos ocasionados pelas mudanças ambientais e fisiológicas (ANUNCIAÇÃO *et al.*, 2019).

De acordo com Sousa *et al.* (2016) o nascimento pode ser considerado uma fase crítica por estar em transição de uma dependência fisiológica no período de desenvolvimento na fase gestacional para um completo estado de autossuficiência em relação à oxigenação, uma vez que essas demandas eram completamente preenchidas dentro do ventre materno de forma espontânea. Nesse sentido, um nascimento prematuro pode acarretar um déficit nessas funções que ainda não estavam completamente preparadas para essa mudança abrupta.

Segundo Oliveira *et al.* (2017), os momentos iniciais após o nascimento prematuro são considerados cruciais no processo de saúde do recém-nascido pré-termo. Com isso, a equipe multidisciplinar tem papel indispensável neste momento, especialmente o enfermeiro que durante a assistência prestada mantém contato contínuo com o paciente.

Dessa forma, a mortalidade neonatal precoce é configurada como aquela entre o momento do nascimento e 6 dias completos de vida. Tal aspecto tem sido o principal componente das estatísticas de mortes na infância do Brasil, apresentando como causa a prematuridade, baixo peso ao nascer, malformações congênitas, fatores maternos gestacionais e à asfixia perinatal (BERNARDINO *et al.*, 2022).

A assistência de enfermagem voltada para a área de neonatologia demonstra papel de extrema importância, sendo considerado um dos principais elos entre o recém-nascido e a família. Trata-se, portanto, de um momento sensível onde a criança se encontra em um momento de vulnerabilidade. Em casos de internação, o neonato depende dos profissionais que o assiste, sendo a equipe de enfermagem considerada um membro facilitador da situação (VERONEZ *et al.*, 2017).

As nomenclaturas utilizadas para definir os recém-nascidos são feitas de acordo com o tempo de idade gestacional. Como estratégia para o manejo correto de

acordo com as necessidades singulares que apresentam, podemos chamar de pré-termo ou prematuro aqueles nascidos antes de completar 37 semanas; intitulados a termo, que estão entre 37 e 41 semanas ou pós-termo, tratam-se dos bebês que ainda não nasceram após 41 semanas de gestação (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Na assistência neonatal, os recém-nascidos prematuros demandam ainda mais atenção da equipe de enfermagem, portanto, é importante descrever a classificação da prematuridade, conforme a idade gestacional. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) classificam como extremamente prematuro aqueles nascidos antes 28 de semanas, muito prematuro entre 28 a 32 semanas e prematuro moderado a tardio entre 32 e 36 semanas completas de gestação.

Um nascimento prematuro pode acarretar diversas intercorrências de caráter biológico, psíquico e social. Apesar dos avanços tecnológicos atuais, ainda é perceptível o grande número de mortes que poderiam ser evitadas, demonstrando quão indispensável é a atenção especializada voltada para cuidados específicos de forma integrada e qualificada do neonato (SLEUTKES *et al.*, 2018).

De acordo com um levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) a respeito da mortalidade neonatal mundial, ainda no ano de 2018, o Brasil apresentou uma taxa de 17,7 mortes por 1000 nascidos vivos em escala global e 7,4 mortes por 1000 nascidos vivos quando comparados a outros países da América, ocupando assim a décima nona posição do continente, ficando atrás de países como Belize e Panamá. Um estudo desenvolvido por Dos Santos Adriano *et. al.* (2022), afirma que no ano de 2019 houveram 318.348 mil partos prematuros no Brasil, e no ano de 2020 houve cerca de 345.000 nascimentos prematuros, em um total de 3.000.000.

No ano de 2019 foi constatado que a prematuridade foi a principal causa de mortalidade infantil em todo o mundo. Outro estudo mostra que no Brasil, 11,7% dos partos acontecem antes de completar as 36 semanas gestacionais e foram registrados no mesmo ano cerca de 300 mil nascimentos prematuros no país, o que se torna alarmante por estar acima da média mundial e deixa o Brasil em décima posição no ranking mundial (GOV, 2021).

Nessa perspectiva, para que a mulher tenha um parto seguro, que vise a promoção da saúde e prevenção de agravos, é primordial a certificação de um sistema de saúde organizado, unificado e que haja comunicação entre os níveis de atenção,

um pré-natal de qualidade, equipamentos adequados, assistência qualificada e um acompanhamento completo. Os cuidados prestados no pré-natal, nascimento e pós-natal ou pós-nascimento constituem-se nas três esferas essenciais do nascimento seguro, que é um protocolo de atendimento ao recém-nascido elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2018).

Ao abordar a área da neonatologia, torna-se imprescindível mencionar a mãe, o histórico de gestações anteriores, o contexto biopsicossocial que a mesma se encontra, o caminho traçado durante os meses de gestação e os cuidados exercidos no pré-natal como fatores que virão a influenciar o desenvolvimento do recém-nascido pré termo, tendo em vista uma análise biopsicossocial do contexto familiar que ele está inserido (BRANDÃO *et al.*, 2017).

O período gestacional é um acontecimento que gera grandes expectativas para os pais, entretanto o nascimento de um bebê prematuro leva a necessidade de que o recém-nascido seja direcionado a uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), no qual ficará sob monitorização diária e cuidados intensivos, o que por muitas vezes desenvolve sentimento de insegurança e aflição para a família que teve a separação de forma inesperada (VERONEZ *et al.*, 2017).

A partir deste contexto, tendo em vista as mudanças anátomo-fisiológicas do recém-nascido pré termo e o cuidado diferenciado exigido a ele nesse momento crucial, as ações propostas neste trabalho apoiaram-se na seguinte questão norteadora: *Como a equipe de enfermagem atua na identificação das principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo e as intervenções necessárias?*

A respeito disso, são sugeridas como possíveis hipóteses: a assistência prestada pela equipe de enfermagem ao recém-nascido pré-termo condiz com os avanços científicos e protocolos de atualização à saúde adotados em nível nacional, demonstrando a qualificação dos profissionais da equipe, sendo estes capazes de identificar e intervir nas principais intercorrências; atua orientando, controlando e desenvolvendo ações assistenciais por meio de um plano de cuidados utilizando técnicas e aplicações voltadas para a melhora do diagnóstico do recém-nascido, com atenção na minimização do sofrimento durante a internação do neonato.

O estudo em questão assume papel de relevância porque, como afirma Silva *et al.* (2020a) a prematuridade é configurada com um dos fatores de risco para a mortalidade infantil nos primeiros meses de vida e a assistência de enfermagem

precisa desenvolver um trabalho sistemático, organizado e humanizado onde apresenta função ativa e direta no cuidado com o paciente pré-termo.

A escolha do tema abordado deu-se por um interesse que despertou desde a matéria de Embriologia no início da graduação e aprofundada no decorrer do curso, tendo em vista o interesse científico na área em questão. Outro fator relevante para o desenvolvimento dessa pesquisa, foi ter presenciado de forma direta os cuidados com um recém-nascido pré-termo no ambiente familiar. Portanto, com essa pesquisa estima-se que os resultados contribuirão para o avanço futuro do conhecimento científico na enfermagem neonatal e no planejamento de ações do município, a fim de empregar intervenções adequadas, objetivando a qualidade da assistência.

Nessa perspectiva, foi pretendido analisar a assistência da equipe de enfermagem na identificação das principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo e nas intervenções necessárias na unidade neonatal. Objetivou-se ainda: descrever a atuação da equipe de enfermagem na identificação das principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo; traçar o perfil dos participantes da pesquisa; relatar as intercorrências mais recorrentes na unidade neonatal; discutir as principais técnicas e procedimentos utilizados nas intervenções propostas pela equipe de enfermagem; identificar a utilização de escala de mensuração de dor pela equipe de enfermagem e fomentar discussões a respeito da necessidade de incluir conteúdos de enfermagem em neonatologia na formação de enfermeiros e equipe de enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Associação entre a realização do pré-natal e morbidade neonatal

Pré-natal é o acompanhamento que deve ser feito durante todo o período gestacional, pós-parto e fase de aleitamento. Para que seja considerado adequado, é necessário haver no mínimo seis consultas, no qual o principal objetivo é diminuir a morbimortalidade materno e fetal, podendo começar antes mesmo da concepção, em casos de gravidez planejada, representando um papel essencial de prevenção de doenças, detecção precoce de possíveis patologias e orientação médica, funcionando como um apoio preparando a mulher para a maternidade (BRASIL, 2016).

Estudo realizado por Venceslau *et al.* (2020), em Teresina, Piauí, constatou que os fatores que mais influenciaram o parto prematuro foram ruptura precoce de membrana gestacional, pré-eclâmpsia, negligência no cuidado durante a gestação e acompanhamento pré-natal que se deu de forma insuficiente. A respeito do pré-natal, observou-se que o número de partos prematuros entre adolescentes de 13 a 24 anos de idade não se dá por intercorrências obstétricas, mas por imaturidade mental e física da mãe, não demonstrando possuir conhecimento sobre prevenção, orientação e acompanhamento, o que ocasionou um número menor de consultas do que o adequado e início tardio das consultas de pré-natal, reconhecido como um grande fator de risco gestacional.

Outro estudo de Almeida (2020) evidencia a existência de desigualdade sociais, econômicas e assistenciais em mulheres de acordo com a sua faixa etária, especificamente na adolescência entre 14 e 17 anos como um fator predisponente para o parto prematuro e com maior incidência nas regiões Norte e Nordeste, o que reforça o quanto estão imbricados os aspectos socioeconômicos e assistência pré-natal com a idade materna. Por esse motivo, é notório destacar que adolescentes no Brasil iniciam o pré-natal mais tarde e realizando um número menor de consultas do que o indicado, tendo em vista que cuidados preventivos e intervenção oportuna pode minimizar desfechos negativos na gestação (ALMEIDA, 2020).

Fatores de riscos gestacionais devem ser tratados como possíveis causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido que com a queda da taxa de

mortalidade infantil vêm se destacando como instrumento indispensável na avaliação da atenção pré-natal, trazendo como a questão central para prevenção de nascimentos prematuros e da morbimortalidade tanto materna como neonatal. Dessa forma, quando a assistência pré-natal é efetiva é possível fazer a identificação das gestantes de risco, minimizando possíveis complicações futuras e ajudando na construção da rede de apoio materna (PORCIUNCULA, et al., 2017).

Conhecer os cuidados pré-natais dessas mulheres pode representar as concepções que as mesmas têm sobre a gestação, sendo uma referência importante para os profissionais que trabalham com essa população. Neste sentido, no ano de 2011 o Ministério da Saúde institui no Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha que tem como objetivo a seguridade dos direitos da mulher desde o planejamento reprodutivo até o âmbito gravídico-puerperal. A Rede enfatiza no acesso ao pré-natal de qualidade, um acolhimento efetivo com classificação de risco e vulnerabilidade avaliados, um vínculo da gestante com a unidade de referência necessária, segurança na atenção ao parto e na saúde da criança de 0 a 24 meses (UFMA, 2015).

Outra estratégia criada visando à redução das altas taxas de morbimortalidade materno e infantil foi o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano de 2000 trazendo sua funcionalidade como uma resposta às necessidades de atenção à gestante, ao recém-nascido e à mulher em seu período puerperal, utilizando uma assistência de qualidade voltada para as práticas naturais, definindo estratégias, almejando uma melhoria na atenção voltada a essa mulher e adotando medidas que assegurem os seus direitos legais como acesso ao acompanhamento pré-natal (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

É relevante destacar ainda que, a criação destas redes de atenção evidencia a importância da discussão a respeito das políticas voltadas à saúde da mulher e da criança no Brasil, ao reconhecer a necessidade de um pré-natal completo, no qual é possível detectar fatores físicos, mentais e sociais. A falta de acompanhamento médico no decorrer do período gestacional pode colocar tais mulheres em situações de risco por ser um fator que, somado a outros, pode vir a influenciar um nascimento pré-termo, no qual o cenário pode vir a ser modificado, oferecendo segurança a vida e aos direitos que cercam mãe e filho por meio de uma assistência eficaz.

Conforme afirma Wachholz *et al.* (2016) a etiologia do parto prematuro é multicausal e não é conhecida em sua totalidade, dessa forma é de grande importância que como parte ativa dos serviços de saúde, a enfermagem atue juntamente com a equipe multiprofissional tendo como foco a qualificação da assistência pré-natal, uma vez que a mesma é um instrumento indispensável. Logo, muitas patologias no período gravídico-puerperal podem ser detectadas e tratadas precocemente, evitando efeitos danosos para a mãe e bebê.

Diante da problemática observa-se que o cuidado de enfermagem para com o recém-nascido pré-termo vem antes mesmo de seu nascimento, instruindo a mãe nas redes de atenções especializadas disponíveis no SUS para garantir uma segurança materna e fetal, quando em uma Unidade Neonatal a equipe se faz presente diretamente no cuidado ao recém-nascido (RN), sendo assim possível afirmar que a assistência está presente em todo o ciclo gravídico-puerperal.

2.2 Identificação das principais intercorrências que acometem o recém-nascido pré-termo no período de internação

Um dos grandes desafios de abordar o tema da prematuridade é o da caracterização etiológica do nascimento prematuro, complicações que resultam em internações nas unidades neonatais possuem diversas causas, e a epidemiologia é o ramo que se configura como instrumento avaliativo utilizado pela equipe de enfermagem tanto no ensino quanto nas práticas e que proporciona diversas contribuições que se tornam indispensáveis para as intervenções de enfermagem mais delicadas que acometem essa população (NACI; ADALBERTO; SANTOS, 2017).

No Brasil, segundo o art. 11 da Lei nº 7.498/86 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, declara que cabe de forma privativa ao enfermeiro o cuidado direto a pacientes que se encontrem em estado grave e com risco de vida, ou seja, cuidados de enfermagem que exijam maior complexidade técnica e conhecimentos de base teórica (BRASIL, 1986).

Torna-se válido ressaltar que o desenvolvimento socioeconômico de um país também é afetado de forma direta pela taxa de mortalidade infantil, isso reflete a condição da infraestrutura ambiental, nível de acesso e qualidade dos recursos

ofertados para o cuidado materno-infantil daquela nação. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mulheres e recém-nascidos são mais suscetíveis durante e após o parto, visto que estima-se que 2,8 milhões de grávidas e recém-nascidos morrem a cada ano de causas evitáveis (ONU, 2019).

Tendo em vista que os primeiros dias de vida do recém-nascido são considerados como um período vulnerável para a sobrevivência, o ato de priorizar a saúde infantil se torna essencial para a evolução populacional. Quando há risco de morte, a unidade neonatal é o setor de referência para internação, responsável pelo cuidado integral necessário, onde é preciso existir estrutura adequada, como instalações físicas e equipamentos, e condições técnicas que viabilizem a prestação de assistência especializada (QUARESMA, *et al.*, 2018).

Com o avanço tecnológico aplicada na assistência ao neonato, é notório uma sobrevida maior dos internados, bem como uma adaptação facilitada a vida extrauterina, tendo foco na assistência multiprofissional, às unidades neonatais configuram-se em um ambiente terapêutico e adequado para acompanhar o recém-nascido grave, dispondo de equipamentos tecnológicos, protocolos específicos e profissionais capacitados para o cuidado (SLEUTJES, *et al.*, 2018).

Durante a internação, o RN permanece exposto a diferenças no ambiente que não são comuns no meio intrauterino, tais como: diferente iluminação, barulhos, temperatura que pode oscilar, manuseio, procedimentos dolorosos frequentes e somado a isso existe a busca separação dos pais (VERONEZ, *et al.*, 2017).

No processo de internação hospitalar do recém-nascido pré-termo, a criança, a família e a equipe multiprofissional trabalham de forma conjunta para que o serviço seja planejado e efetuado, com uma assistência de forma sistemática e humanizada com o objetivo de suprir as necessidades do RN garantindo uma recuperação tranquila (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

De acordo com Campos *et al.* (2017), o enfermeiro é o membro da equipe que trabalha de forma direta com questões assistenciais e emocionais delicadas, como por exemplo, a fragilidade que abrange a prematuridade, o sentimento de angústia, aflição familiar e em alguns casos a morte. Com isso, associado a essas situações existem intercorrências que demandam do profissional enfermeiro conhecimentos específicos, habilidade técnica, sensibilidade, com uma margem nula para erros operacionais.

Um estudo desenvolvido no extremo norte do Brasil apontou como principal causa de internação na unidade neonatal a prematuridade, seguida de disfunção respiratória e hipoglicemias. Como menos comuns foram constatadas icterícia, taquipneia transitória do recém-nascido, pneumonia, baixo peso, convulsões, anemia e cianose (SILVA *et al.*, 2020).

As doenças do trato respiratório e o nascimento precoce estão entre umas das causas mais recorrentes que acometem os RN, com a justificativa da imaturidade do sistema respiratório não ter completado seu ciclo total de desenvolvimento, e a grande vulnerabilidade a adquirir infecções (DAMIAN; WATERKEMPER; PALUDO; 2016, p. 101).

A síndrome do desconforto respiratório (SDR) é uma das patologias mais recorrentes em neonatos pré-termo, esse distúrbio ocorre quando há um desbalanceamento do hormônio surfactante, responsável pela maturação pulmonar. Os sinais e sintomas mais comuns nestes casos são cianose, dispneia, batimentos das asas nasais, retrAÇÃO esternal, crises de apneia, tiragem intercostal e subcostal, com aparecimento nas primeiras 48 horas de nascimento, normalmente precisam de suporte respiratório, como a ventilação mecânica, para controlar o desconforto e a angústia respiratória (CASTRO SEGUR; MORERO; OLIVEIRA, 2019).

As prescrições de enfermagem entram em conjunto com o tratamento farmacológico das patologias contribuindo para que a equipe possa executar a assistência com maior eficácia através dos cuidados direcionados ao RN. Por isso, o desenvolvimento de ferramentas que apresentem informações faz parte do planejamento da assistência da equipe de enfermagem, promovendo a identificação precoce de problemas neonatais frequentes, auxiliando na assistência prestada, tanto na internação hospitalar e desenvolvimento do plano de alta quanto na orientação nos cuidados em domicílio. Uma das ferramentas utilizadas para implantação e operacionalização do cuidado é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), onde possibilita um cuidado sistemático, organizado, contínuo e seguro ao recém-nascido (MORAES FILHO *et al.*, 2017).

Na prática, a SAE é aplicada de forma pelo Processo de Enfermagem (PE), e por meio dele que a equipe irá desenvolver e organizar o trabalho que precisa ser feito. O PE é subdividido em 5 passos, sendo eles: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação da assistência e avaliação, na qual será definido as intervenções que serão promovidas pela equipe

de enfermagem que ajudarão o RN, durante o processo será avaliado a necessidade de modificar o plano de cuidados caso seja preciso (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2016).

O processo de enfermagem tem suas etapas interligadas, auxiliando na organização do trabalho do enfermeiro, exigindo do profissional um pensamento crítico, raciocínio clínico e boa comunicação. A aplicação na área de cuidados intensivos neonatais se dá desde o primeiro momento com a anamnese e exame físico do RN. Dessa forma, a partir dos dados levantados são feitos os diagnósticos de enfermagem, servindo de base para as prescrições da assistência, tendo como foco os resultados que se esperam obter de forma individualizada por meio da prática baseada em evidências. A evolução diária é parte importante do processo, neste momento, no qual o enfermeiro avaliará se os resultados encontrados vão de acordo com aqueles inicialmente previstos, podendo então alterar os diagnósticos e intervenções caso não seja alcançado (BERTO *et al.*, 2017).

2.2.1 A dor como intercorrência recorrente

O diagnóstico da dor no recém-nascido, até meados do ano de 1980, não era realizado de forma sistemática e padronizada, sendo frequentemente deixada de ser tratada, desde então vem sendo produzidos um número maior de estudos, em nível internacional, que alavancam o tema e chamam a atenção para a importância de aprofundar essa discussão buscando uma evolução dos cuidados e maior sobrevida daqueles neonatos (BRASIL, 2017).

A International Association for the Study of Pain (IASP, 2018) tem o conceito da dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão real ou potencial dos tecidos. Afirma ainda que cada pessoa responde de forma diferente quando expostos a eventos dolorosos e sua avaliação requer habilidade e treinamento de toda a equipe, principalmente dos profissionais de enfermagem.

A análise da dor é subjetiva, a prática de mensurar para avaliação em um ser humano adulto se dá pela verbalização do mesmo, quando voltado para o recém-nascido pré-termo a incapacidade de verbalizar o que sente se torna um desafio para a equipe de enfermagem que o assiste, exigindo que os profissionais se adaptem ao mecanismo de comunicação não verbal do paciente, utilizando ferramentas de avaliação para que a assistência seja prestada e o sentimento de desconforto aliviado (CAMPOS *et al.*, 2016).

A avaliação da dor no recém-nascido pré-termo vem se mostrando indispensável uma vez que estudos atuais comprovam que estímulos dolorosos de forma repetitiva podem ocasionar alterações funcionais dos circuitos neurais e associam tais estímulos no período neonatal, em recém-nascidos prematuros especificamente, como causa de um impacto negativo no desenvolvimento pós-natal e cerebral, apresentando também efeitos adversos relacionados ao desenvolvimento cognitivo, emocional e motor da criança (WALKER, 2017).

Estima-se que durante a internação em uma Unidade Neonatal (UN) o recém-nascido receba por volta de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos por dia. Avaliar e tratar a dor de maneira eficaz é um dever do profissional de enfermagem e um direito do paciente que sofre, quando essa dor não é devidamente avaliada e consequentemente não tratada, há um aumento no número de morbidade e mortalidade neonatal (ELIAS *et al.*, 2016).

Um estudo desenvolvido na UTIN do Rio de Janeiro traz uma investigação relacionando a quantidade de intervenções potencialmente dolorosas que foram realizadas nos primeiros 15 dias de vida dos recém-nascidos pré-termo internados e dentre as intervenções quais estavam associadas a algum manejo da dor, foram objeto de estudo 17 RN, durante os primeiros 15 dias de hospitalização foram realizados no geral 729 procedimentos potencialmente dolorosos, em média 42,9 procedimentos por recém-nascido. Destes, apenas 124 receberam algum tipo de manejo da dor e o predominante foi a contenção facilitada (ROCHA *et al.*, 2019).

A dor pode trazer consequências de curto e longo prazo à saúde dos neonatos, podendo comprometer o desenvolvimento neuropsicomotor e sua recuperação clínica, com o número elevado de procedimentos que os mesmos são submetidos diariamente, estudos apontam um retardo no crescimento extrauterino em recém-nascidos prematuros que são acometidos por internação, trazendo em discussão a dificuldade do manejo clínico e nutricional dos neonatos prematuros, no entanto a literatura apresenta achados divergentes, afirmando que por trás do atraso de desenvolvimento extrauterino podem estar outras variáveis que ainda não foram devidamente observadas e analisadas (CUNHA; SANTIAGO; ALVES, 2021).

O RN expressa a dor por meio do choro, expressões faciais, movimento corporal, perturbações do sono e alterações fisiológicas. Para que tais alterações sejam mensuradas se faz o uso de ferramentas que levem em consideração o

comportamento e suas alterações, utilizando escores para definir os níveis de risco e consequentemente qual intervenção necessária, esses recursos vêm se mostrando cada vez mais viáveis para a avaliação (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Um dos métodos desenvolvidos para avaliação do neonato é a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), esse instrumento auxilia na avaliação de seis parâmetros, sendo eles o choro, respiração, expressões faciais, estado de consciência e movimento dos braços e das pernas, com a soma dos scores para cada avaliação sendo considerado dor quando a soma resultar em maior ou igual a quatro. Em pacientes intubados é recomendado duplicar a pontuação de expressão facial devido à impossibilidade da avaliação do choro (ROCHA *et al.*, 2019).

Nas últimas décadas se tornou um dos temas principais da enfermagem neonatal a pesquisa científica quanto a intervenções que proporcionam alívio de estressores e sinais álgicos em recém-nascidos pré-termo, na prática assistencial estudos afirmam um aumento do uso de intervenções não farmacológicas como sucção não nutritiva, contato pele a pele com a mãe, massagem, técnicas de enrolamento e posicionamentos que apresentam impactos positivos no estresse e vários resultados para os pais e bebês (SOUZA *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, a avaliação da dor no RN se torna imprescindível para uma assistência qualificada e também um grande desafio para os profissionais de saúde, entre eles os da equipe de enfermagem, por conviver conhecendo as particularidades de cada paciente do período neonatal, visando que a dor não seja prolongada ou subtratada, que requer uma avaliação sistematizada e eficaz no qual se faz de extrema importância.

2.3 Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo

Logo ao nascer, o neonato tem a necessidade de assumir as funções vitais do seu organismo que antes eram realizadas na placenta durante o período gestacional. Neste sentido, é possível afirmar que o nascer configura-se como um período de transição para a adaptação com o meio extrauterino, sendo considerada como uma das fases mais difíceis do ciclo de vida humana. Com isso, por passar de um estado de completa dependência diretamente para autossuficiência nos aspectos da oxigenação e nutrição, esse recém-nascido demanda de cuidados especializados

para que as complicações sejam minimizadas visando o crescimento saudável (SOUSA *et al.*, 2016).

As Unidades Neonatais dividem-se em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN). Nelas os profissionais de saúde encontram-se envolvidos em estratégias de tratamento para situações clínicas de média e alta complexidade, entre os que compõem o conjunto multiprofissional destes setores. Dessa forma, a equipe de enfermagem ocupa lugar de destaque como articulador dos processos de cuidados, tanto humanos quanto no âmbito tecnológico, com equipamentos de intervenção e monitorização, influenciando positivamente a recuperação do neonato que se encontra acometido por algum desequilíbrio (DIAS *et al.*, 2016).

A equipe de enfermagem atua desenvolvendo ações assistenciais por meio de um plano de cuidados sistematizado onde utiliza técnicas e procedimentos durante o período de internação do neonato. Tais ações podem ser ou não invasivas e, por ser uma condição fisiológica vulnerável, um recém-nascido pré-termo exige monitorização contínua dos sinais vitais, o que demanda dos profissionais que o assiste conhecimentos científicos apurados, habilidade técnica e assistência humanizada visando à redução do sofrimento o que influencia diretamente a evolução positiva do quadro clínico (BRANDÃO *et al.*, 2017).

Da mesma maneira, enfermeiros e técnicos de enfermagem estão presentes na atenção à saúde do recém-nascido desde a atenção primária de saúde, onde desempenha papel importante na triagem, imunização, orientação quanto ao banho e amamentação, os testes e os seus resultados, curativos do coto umbilical, entre outros cuidados necessários durante todos os primeiros 28 dias de adaptação extrauterina do neonato. A forma que essa criança será recebida e direcionada em seu percurso de vida influenciará não somente a saúde infantil como também reflete em todos os familiares, em especial na mãe, no momento de vulnerabilidade física e emocional do pós-parto que necessita de uma rede de apoio, inclusive dos profissionais que a assiste (ANDRADE, 2018).

De acordo com Oliveira *et al.* (2017), ao se tratar do recém-nascido pré-termo no contexto da UTIN, é perceptível uma ruptura familiar abrupta devido a hospitalização imediata que acaba por atrasar a formação do vínculo familiar e os pais expressam reações como culpa, tristeza e impotência. Dessa forma, a equipe de

enfermagem tem papel fundamental que vai além do assistencial com o neonato, promovendo um acolhimento e orientação com a família para que possa se estabelecer um vínculo de confiança com a equipe.

Igualmente, a inserção familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais vem sendo bastante discutidos nos últimos anos como estratégia humanizada para a diminuição do estresse causado pelos procedimentos, dolorosos em maior parte, além de apresentar respostas positivas no desenvolvimento RN e promovendo a criação de vínculo familiar que havia sido interrompido em decorrência da hospitalização. No entanto, essa implementação ainda sofre alguns estigmas, isso se dá por na maioria das vezes o profissional não se sentir preparado para lidar com a situação (BRANDÃO *et al.*, 2017).

Dias *et al.* (2015) também levanta a discussão a respeito da importância da inclusão dos pais durante o tratamento do neonato dentro da unidade de cuidados intensivos, principalmente na prematuridade. O autor ainda afirma que, essa inserção familiar desencadeia de maneira significativa, a evolução do tratamento que ocasiona alta hospitalar, tendo a equipe de enfermagem como suporte essencial. É nesse momento que associamos metodologias ativas no processo de educação em saúde e o cuidado humanizado com o objetivo de preparar os familiares para o cuidado domiciliar efetivo.

Nesse contexto, é notório que os profissionais que compõem a equipe de enfermagem são reconhecidos no âmbito assistencial como indispensável, sendo visto como aquele que é responsável por planejar e colocar em prática o processo de cuidar, conciliando habilidades técnicas e clínicas, comprometido com o cuidado que oferece sendo capaz de identificar intercorrências, apresenta domínio nas áreas de administração de medicamentos, manejo dos equipamentos e vínculo familiar (PAIVA OTAVIANO; DUARTE; SOARES; 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com uma abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório com entrevista semiestruturada fundamentada na análise de conteúdo de Minayo. Este estudo buscou analisar a assistência da equipe de enfermagem em uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, mais precisamente a assistência voltada para o recém-nascido pré-termo bem como a identificação das principais intercorrências e as intervenções propostas a elas.

A metodologia qualitativa, de acordo com Minayo (2016), é utilizada por se enquadrar no método de investigação do conhecimento, percepções e das opiniões que as pessoas transmitem a respeito de como vivem, sentem, pensam, constroem a si mesmas e seus artefatos. Nesse caso, as informações foram coletadas com a equipe de enfermagem atuante na Unidade Neonatal.

As pesquisas de campo procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis. Como consequência, o planejamento do estudo de campo apresenta muito maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo do processo de pesquisa. Assim, o estudo de campo tende a utilizar muito mais técnicas de observação do que de interrogação (GIL, 2019).

Pesquisa de campo é utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2005).

De acordo com Gil (2019) as pesquisas descritivas objetivam descrever características de determinada população, fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis de estudo, descrever um grupo populacional quanto a idade, sexo, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental e nível de renda é um exemplo importante da atuação desse tipo de pesquisa, sendo incluídas também nesse grupo pesquisas que tem como intuito levantar opiniões, e são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

Por fim, conforme Marconi e Lakatos (2005), pesquisas exploratórias são investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é desenvolver, esclarecer, modificar conceitos e ideia, tendo em vista a formulação de questões ou de um problema de forma mais precisa, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos, muitas vezes a pesquisa exploratória é a primeira etapa para uma investigação mais profunda. Dessa forma, no próximo tópico deste capítulo, apontamos acerca do local de realização da pesquisa deste Trabalho de Conclusão de Curso, ou seja, o cenário que a pesquisa se passou.

3.2 Cenário da pesquisa

O devido estudo foi realizado no município de Balsas-Ma, que segundo o IBGE (2016) apresenta uma área territorial de 13.141,757 km² e faz parte do Sul do Maranhão, com estimativa populacional de 94.779 pessoas (IBGE, 2017). A cidade é banhada pelo Rio Balsas e localiza-se há 790 km da Capital, São Luís.

Sendo assim, a pesquisa aconteceu no Hospital Regional da cidade de Balsas-MA, que é considerado referência de atendimentos de média e alta complexidade da região sul do estado, bem como se tratando de gestações de alto risco, cirurgia geral e pediatria. É gerenciado por uma parceria criada entre o Instituto Acqua com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), atualmente atua em diversas áreas como clínica e cirurgia geral, ginecologia, pediatria, cardiologia, mastologia, gastroenterologia e nefrologia.

Apresentando como diferencial, a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). A criação da UCINCo impactou de forma direta na morbimortalidade neonatal de Balsas e região. Portanto, destacou-se que o município apresentou redução, tanto na incidência de óbitos neonatais quanto na taxa de transferência de recém-nascidos prematuros para serviços de saúde em outros municípios.

3.3 Sujetos da pesquisa

Identificou-se como colaboradores desta pesquisa, enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional no Hospital Regional de Balsas-MA. Dessa forma, participaram da pesquisa 29 trabalhadores, de um total de 30 profissionais.

Portanto, depois de estar de posse da lista nominal dos profissionais, os mesmos foram procurados e inquiridos a participar da pesquisa, sendo que na ocasião, explanamos os objetivos, outras informações importantes e também requerida a participação voluntária dos mesmos na pesquisa.

Nesse caso, os critérios de inclusão foram: ser profissional da área de enfermagem, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem atuantes no Hospital Regional de Balsas-MA e atuantes especificamente na Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais Neonatal. Quanto aos critérios de exclusão foram: os que não assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estivessem de licença ou período de férias ou afastados em decorrência da pandemia do COVID-19. Logo, acerca do próximo tópico deste capítulo de procedimentos metodológicos, enfatizou-se os instrumentos para apuração dos dados.

3.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta dos dados

Afirmou-se que a coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2021 a janeiro de 2022, no modelo de entrevista com auxílio de um formulário semiestruturado a fim de identificar quais intercorrências são as mais frequentes. Primordialmente, como dissemos outrora, a pesquisa ocorreu com o levantamento dos profissionais de enfermagem atuantes na Unidade Neonatal (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e, após conseguir a lista nominal dos profissionais, solicitamos a participação da equipe de forma voluntária.

Em seguida, realizou-se uma entrevista utilizando um formulário semiestruturado com perguntas abertas, destacadas neste trabalho no Apêndice A. Em vista disso, os questionamentos aconteceram de forma clara, objetiva e simples, respeitando os limites do participante. Buscou-se analisar com esse formulário

semiestruturado, como a equipe de enfermagem atuava na identificação das principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo e as intervenções necessárias.

É relevante mencionar que, a entrevista semiestruturada utilizada no estudo qualitativo deste trabalho aconteceu de forma presencial com os participantes, na Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais Neonatal e com horários e dias marcados pela coordenação de enfermagem da unidade.

Com isso, tratou-se de um roteiro que possuiu a identificação do participante da pesquisa seguido de perguntas abertas, o que permitiu um controle maior acerca do que o entrevistador deseja saber sobre o assunto e dar espaço para uma reflexão do entrevistado sobre os temas que foram abordados. Esse tipo de entrevista é mais adequado para ser usada por principiantes por seguir um roteiro e o tema a ser abordado é assegurado durante as entrevistas (MINAYO, 2016).

Desse modo, os resultados foram disponibilizados em tabelas e em categorias para que, dessa forma, se torne claro os resultados obtidos pela pesquisa que elencamos como objetivo analisar a assistência de enfermagem frente às principais intercorrências, tal como sua identificação e intervenções propostas e compreender a avaliação da dor em recém-nascidos pré-termo. Por conseguinte, na próxima seção deste capítulo, especificamos no que se refere a organização e análise dos dados obtidos.

3.5 Organização e análise dos dados

Utilizou-se a aplicação de um formulário semiestruturado como instrumento para coleta e análise dos dados. Com isso, as falas ou discursos dos participantes foram fielmente descritas e em sequência foram analisadas todas as respostas, assim como propõe Bardin (2016) que tem como finalidade de alcançar o significado dos discursos dos participantes além dos limites daquilo que se é descrito.

No entanto, os resultados da coleta de dados foram dispostos em tabelas e organizados em categorias de acordo com as intercorrências mais recorrentes, as intervenções propostas a elas na Unidade de Cuidado Intermediário Convencional Neonatal, principais técnicas e procedimentos utilizados nestas, bem como a presença das escalas de mensuração de dor, para que assim pudesse ser apresentado o objetivo da pesquisa que é o de analisar a assistência de enfermagem

frente às principais intercorrências, tal como sua identificação e intervenções propostas e compreender a avaliação da dor em recém-nascidos pré-termo.

3.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil, onde, em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado. A pesquisa realizada também respeitou a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde foram priorizados o respeito e os princípios de autonomia e da privacidade (BRASIL, 2012). Portanto, o participante pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, se assim pretendesse, como qualquer pesquisa realizada, correr riscos e benefícios, tanto como potenciais individuais ou coletivos. Todavia, comprometeu-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos e foi garantido que os possíveis danos pudessem ser evitados.

Os riscos da pesquisa poderiam estar no desconforto, cansaço ou constrangimento de alguns dos participantes da pesquisa quando submetidos aos questionamentos acerca da assistência de enfermagem frente às principais intercorrências com o recém-nascido pré-termo.

Entretanto, esses obstáculos foram evitados com o fornecimento de informações acerca da pesquisa, explicação aos colaboradores da importância de sua participação e a comprovação de que suas respostas seriam respeitadas no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, bem como procedeu-se a coleta de dados de forma atenciosa respeitando o limite dos entrevistados. Também foi dada a liberdade para a resposta no que diz respeito ao tempo para responder e o espaço de cada um, no entanto, caso desejassem, poderiam marcar outra data conforme a necessidade destes.

Os benefícios desta pesquisa foram para as pesquisadoras, para a sociedade e para os participantes do estudo, sendo consideradas de grande conhecimento acerca do tema discutido trazendo à tona discussões sobre identificação das principais modificações no recém-nascido pré-termo, a intervenções necessárias e a avaliação da dor, bem como contribuir de maneira significativa para a melhoria do entendimento da equipe a respeito do que os cerca.

Como destacou-se anteriormente, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Apêndice B, no qual teve o intuito de possibilitar, aos sujeitos da pesquisa, o mais amplo esclarecimento sobre a investigação realizada, seus riscos e benefícios, a fim de que a sua manifestação de vontade no sentido de participar (ou não), fossem efetivamente livres e conscientes. Portanto, destacamos que na seção a seguir, evidenciamos os resultados e análise dos dados coletados nesta pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As tabelas, categorias e discursos que serão especificadas e analisadas a seguir, tratam-se dos dados coletados através da entrevista aos 29 profissionais de enfermagem, no qual 6 são enfermeiros e 23 são técnicos de enfermagem, que atuam na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional do Hospital Regional no município de Balsas-MA, cenário que a pesquisa foi empreendida. Dessa forma, no decorrer do item a seguir, enfatizamos questões como a descrição respeitosa dos sujeitos colaboradores desta pesquisa.

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

A tabela 1 se refere aos dados de identificação coletados a partir dos formulários desenvolvidos a equipe de enfermagem atuante na Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais Neonatal em Balsas- MA e aborda os seguintes aspectos: sexo e faixa etária.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa conforme sexo e faixa etária. Balsas, Maranhão, Brasil, 2022

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	29	100
Masculino	0	0
Faixa etária		
22-27	4	13,8
28-33	7	24,2
34-39	10	34,4
40-45	5	17,2
>46	3	10,4
Total	29	100,0

Fonte: Pesquisa direta, 2022.

A primeira variável refere-se ao sexo dos participantes da pesquisa. Nesse caso, observamos uma totalidade do sexo feminino dentro da equipe de enfermagem. Evidenciando, portanto, a comprovação de uma predominância feminina na enfermagem que vai de encontro com a configuração histórica que afirma que a profissão de Enfermagem é uma área formada majoritariamente por mulheres.

Conforme Lombardi e Campos (2018), a enfermagem é um dos raros casos na história onde o conhecimento abstrato e prático foi desenvolvido por mulheres, sendo consideradas pioneiras na criação da profissão e de sua sistematização. O cuidado que rege a profissão surgiu inicialmente no auxílio doméstico às crianças, idosos, enfermos e portadores de deficiência, muitas vezes de forma benevolente e sem remuneração. Florence Nightingale foi a precursora da enfermagem moderna com a criação da primeira Escola de Enfermagem. Segundo ela, as mulheres possuíam a essência feminina ideal para o cuidado de enfermagem e isso pode justificar o alto índice destas no exercício da profissão.

Ademais, de acordo com Sales *et al.* (2018), desde antes do surgimento da escrita, no contexto pré-histórico foi desenvolvido por meios instintivos as primeiras práticas de saúde, nas quais tal prestação de cuidado era uma atividade de responsabilidade feminina que vinha desde a criação dos filhos, enquanto o homem era responsável em suprir as outras necessidades. Assim, mesmo que nos tempos atuais, a profissão de enfermagem não seja mais de forma exclusivamente feminina, ainda há uma predominância da mulher desde a graduação.

Quanto à faixa etária das participantes da pesquisa, observamos uma predominância de profissionais, sendo que, 10 se enquadram entre 34 e 39 anos, o que sugere um maior tempo de atuação profissional, experiência e maturidade pessoal para lidar com situações que um cuidado intensivo com recém-nascido pré termo necessita. Destacou-se que tal setor é de extrema fragilidade, principalmente do paciente internado e que requer uma equipe qualificada para tratar com a dimensão do biopsicossocial abrangendo o neonato e sua família.

Oliveira *et al.* (2019) constatam que a idade média dos profissionais de enfermagem fica na média de 39,4 anos. Neste sentido, Silva e Machado (2019), afirmam que quanto maior for o tempo de atuação em assistência hospitalar, maior será a maturidade profissional da equipe de enfermagem. Isso se dá por conta do aperfeiçoamento durante os anos de prática, desenvolvimento de desenvoltura e uma visão técnica ampliada que situações cotidianas intra hospitalares exigem.

No que concerne a tabela 2, os dados técnicos dos profissionais coletados a partir dos formulários aplicados a equipe de enfermagem atuante na Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais Neonatal em Balsas- MA e aborda os seguintes aspectos: categoria profissional, instituição de formação, formação

complementar, vínculos empregatícios, tempo de formação em anos e tempo de atuação na unidade neonatal.

Tabela 2 - Dados ocupacionais dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem da Unidade de Cuidado Convencional Neonatal participantes da pesquisa. Balsas, Maranhão, Brasil, 2022

VARIÁVEIS	n	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	6	20,7
Técnico de enfermagem	23	79,3
Instituição de formação		
Pública	4	13,8
Privada	25	86,2
Formação complementar		
Pós graduação	16	55,2
Mestrado	0	0
Nenhuma	13	44,8
Vínculos empregatícios		
1	21	72,4
2	8	27,6
3	0	0
Tempo de formação (em anos)		
1-3	3	10,3
4-6	3	10,3
7-9	6	20,7
10-12	11	38
13-15	4	13,8
≥16	2	6,9
Tempo de atuação na unidade (em anos)		
0-1	7	24,1
2-3	8	27,6
4-5	14	48,3
Total	29	100,0

Fonte: Pesquisa direta, 2022.

No que tange a categoria profissional, é possível observar que 6 (20,7%) são enfermeiros e 23 (79,3%) são técnicos de enfermagem, sendo uma prevalência maior dentro da equipe de enfermagem os técnicos. Este cenário acaba se tornando comum na realidade brasileira, e isso pode ser explicado pelo fato de que a maior parte dos hospitais não possuem ainda enfermeiros suficientes para toda a cobertura assistencial.

A resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017) considera, entre outras prerrogativas, que o quantitativo dos profissionais de enfermagem vai interferir de forma direta na assistência prestada bem como na sua

qualidade. Com isso, instituiu um quadro de dimensionamento de profissionais que devem existir de acordo com o nível de atenção e para cuidados semi-intensivos a equipe deve ser composta 42% por enfermeiros, já para cuidados intensivos aumenta para 52% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem (COFEN, 2017).

Os números anteriores assemelham-se ao resultado encontrado na pesquisa de Grebinski *et al.* (2019), na qual foi identificado um quadro de dimensionamento de pessoal de enfermagem atuantes dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em déficit, onde haviam 5 enfermeiros atuantes e 25 técnicos de enfermagem onde, para atender a demanda, deveriam existir 22 enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem.

No que tange a instituição de formação dos profissionais, foi constatado um maior número, 25 (13,8%), provenientes de instituições privadas. Esse dado se dá principalmente pelo fato de que a maior parte da equipe de enfermagem é constituída por técnicos de enfermagem e no município de Balsas não há instituição pública que forneça livre acesso à cursos técnicos da área, todos são privados.

Quanto à formação complementar, verificamos que 16 (55,2%) dos profissionais fizeram algum tipo de especialização após terminar o curso, o que é um fator bastante positivo, uma vez que a formação complementar, principalmente em enfermeiros que prestam assistência à recém-nascido pré termo, é de extrema importância e necessidade. A educação contínua e baseada em evidências permite um domínio maior e melhor compreensão acerca dos procedimentos realizados, promovendo uma melhor qualidade na assistência.

Tal perspectiva corrobora com os resultados encontrados na pesquisa de Oliveira Silva *et al.* (2018), afirmando que a formação de especialistas além de ser uma necessidade para a sociedade, permite que muitos profissionais de enfermagem consigam qualificação profissional, o que os torna mais aptos para realização de assistência de cuidados que a prática diária necessita. Os autores afirmam ainda que o profissional enfermeiro especialista precisa sentir-se mais seguro em exercer na tomada de decisão, impactando fortemente a visão holística do profissional, individualização das necessidades dos pacientes e desenvolvimento de um cuidado mais humanizado.

É perceptível que o profissional de enfermagem tem buscado cada vez mais se qualificar, isso explica-se pelo fato de que uma unidade como a UCINCo é um setor

que necessita de uma mão de obra qualificada, especializada e treinada para que o exercício profissional aconteça da forma mais segura e eficaz.

Em relação aos vínculos empregatícios, 21 (72,4%) tem apenas um emprego, atuando somente na Unidade de Cuidado Convencional Neonatal, o que representa um ponto muito positivo para a unidade, pois dessa forma demonstra que o profissional pode se dedicar de forma exclusiva para a assistência prestada sem estar sobrecarregado com múltiplos locais de trabalho, uma vez que o cansaço pode levar a um número maior de erros que poderiam ter sido evitados.

Em relação ao tempo de formação, verificamos que 11 (38%) concluíram o curso de formação num período de tempo entre 10 a 12 anos. Quanto ao tempo de atuação profissional na Unidade Neonatal em questão, 14 (48,3%) atuam na mesma entre 4 a 5 anos. Tendo em vista que a criação da UCINCo no município de Balsas possui 5 anos observamos, e confirmado pelos participantes, que a maior parte destes fazem parte da equipe desde a sua criação, o que demonstra uma participação ativa, envolvimento e um laço construído de afinidade com a unidade.

4.2 Dados referentes à realização das entrevistas

Os resultados foram analisados referentes aos dados oriundos das entrevistas com a equipe de enfermagem atuante na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional no Hospital Regional de Balsas- MA, mencionados previamente. Com isso, foram criadas categorias a partir das respostas obtidas e organizados em cinco categorias, onde se abordaram: a) principais intercorrências nos recém-nascidos prematuros na unidade neonatal; b) identificação das intercorrências nos recém nascidos prematuros e a conduta realizada pela equipe de enfermagem; c) percepção da equipe de enfermagem acerca da dor no recém-nascido; d) sinais sugestivos de dor no recém-nascido e instrumentos para avaliação; e) considerações da equipe de enfermagem quanto a estrutura física da Unidade Neonatal.

Ressalta-se que para preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, os mesmos foram identificados pelas iniciais E para caracterizar enfermeiros e T para técnicos de enfermagem, seguidos por uma numeração correspondente a realização das entrevistas, em ordem crescente.

Categoria a) principais intercorrências nos recém-nascidos prematuros na unidade neonatal

Nesta categoria, buscamos identificar as principais intercorrências que acometiam com mais frequência com os recém-nascidos pré-termo durante o tempo de internação na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. Dessa forma, foi possível detectar que os profissionais reconhecem e falam com propriedade das intercorrências mais recorrentes como parte atuante da assistência de modo a envolver a organização, como evidenciado nos discursos a seguir:

A prematuridade em si é a principal intercorrência que nós atendemos na unidade (T7).

Acontece muito de cardiopatia, cianose e icterícia (E1).

A maior parte deles apresentam bastante desconforto respiratório logo que nascem (T2).

Geralmente os RNs apresentam problemas pulmonares e com isso vem também a cianose, por conta da dessaturação (T12).

Hipoglicemia, a gente percebe quando eles estão bem hipoativos (T5).

Perda de acesso e tubo orotraqueal, acontece bastante, pela movimentação eles acabam retirando (T8).

Todas as participantes demonstraram domínio ao serem questionadas sobre quais intercorrências eram mais frequentes em recém-nascidos prematuros e falaram com facilidade a respeito das intercorrências, o que demonstra e confirma a capacitação eficiente dos profissionais que promovem a assistência em saúde na unidade.

A prematuridade foi mencionada como principal causa de internação dos recém-nascidos na unidade e sendo a maior intercorrência, por estar associada a um período de extrema fragilidade e de mudanças fisiológicas e ambientais, provindo da prematuridade outras condições patológicas que serão observadas e diagnosticadas durante o período de internação. Para Venceslau *et al.* (2020), o parto prematuro pode ser originado de alterações como descolamento de placenta precoce, hipertensão, infecções sexualmente transmissíveis (IST), infecções do trato urinário, eclâmpsia e déficit no acompanhamento pré-natal.

Esse achado corrobora com o estudo desenvolvido por Martinelli *et al.* (2021) em uma maternidade pública que detectou que a maior parte dos partos prematuros da instituição aconteceram pelo parto cesáreo, em gestantes menores de 19 anos e com idade maior a 35 anos, apresentando como intercorrência mais prevalente a pré-eclâmpsia seguido de rupturas das membranas, hemorragia prévia, infecção urinária, oligoidrâmnio, transtornos hipertensivos e vulvovaginite.

Considerando que o nascimento prematuro é um fator que contribui para o aumento do índice de mortalidade infantil, Pilger *et al.* (2022) afirma que é nesse momento delicado de internação e ruptura do binômio mãe-bebê que se faz de extrema necessidade cuidados avançados com o uso de tecnologias avançadas para o cuidado e uma maior qualificação dos profissionais que prestam assistência à saúde de maior complexidade, utilizando desses recursos para auxiliar na sobrevivência e no desenvolvimento de bebês pré termo que apresentam, pela imaturidade fisiológica, diversas patologias que estão diretamente associadas ao seu nascimento antecipado.

Em se tratando do desconforto respiratório, mencionado na fala da T2, a síndrome do desconforto respiratório ou doença da membrana hialina é caracterizada como um quadro de insuficiência respiratória que possui estágios variáveis e está relacionado ao nascimento prematuro e a deficiência do hormônio surfactante, possui um quadro clínico que apresenta como sinais e sintomas gemidos expiratórios, batimentos das asas nasais, cianose, crises de apneia, dispnéia, tiragem intercostal e subcostal, com surgimento entre as primeiras horas de vida até 48 horas após o nascimento (CASTRO SEGUR; MORERO; OLIVEIRA, 2019).

Para Macêdo *et al.* (2019) esta é a maior causa de morbidade e mortalidade do recém-nascido prematuro e de baixo peso, por ser uma das principais origens da falência respiratória. Os autores afirmam ainda, que a incidência de doenças

respiratórias no pré termo é inversamente proporcional à idade gestacional (IG), desta forma, quanto menor for a IG ao nascer, maior será a imaturidade fisiológica fetal e por isso maior chance de desenvolver essa patologia.

Percebemos que, as doenças cardiovasculares também foram mencionadas pelas participantes durante a entrevista como uma intercorrência incidente, sendo as cardiopatias congênitas possíveis de serem rastreadas e sinalizadas ainda no período gestacional para acompanhamento necessário de acordo com o risco gestacional.

Uma das principais cardiopatias congênitas do recém-nascido prematuro é a persistência do canal arterial (PCA) e essa patologia é determinada quando o canal não se fecha espontaneamente após 72 horas do nascimento. Nesse sentido, sua incidência também é associada de forma inversamente proporcional à idade gestacional, tendo assim forte relação com a prematuridade e apresentando aumento da morbimortalidade neonatal por complicações provenientes da PCA (SILVA; OLIVEIRA; REIS, 2022).

Como afirmam Cakir e Tayman (2022), a PCA de forma prolongada vai interferir na hemodinâmica sistêmica, causando consequências clinicamente negativas. Tais consequências estão associadas a síndrome do desconforto respiratório, hemorragia pulmonar, diminuição da oxigenação cerebral, transtorno de neurodesenvolvimento, hemorragia intraventricular, insuficiência renal aguda, sepse e um tempo mais prolongado de internação hospitalar (CAKIR; TAYMAN, 2022).

Como mencionado pelas entrevistadas e confirmado por Pereira *et al.* (2021a), a icterícia neonatal também é uma das alterações fisiológicas mais frequentes desse período. A patologia da hiperbilirrubinemia do recém-nascido a termo possui características clínicas em comum com a mesma patogênese desenvolvida em recém-nascidos prematuros, a diferença está que há na prematuridade uma imaturidade hepática que resulta no excesso de bilirrubina presente em circulação, se tornando mais prevalente e prolongada.

A icterícia é uma manifestação clínica muito comum no período neonatal, sendo caracterizada pela pele e mucosas amareladas. Essa mudança de cor é causada por excesso de bilirrubina e é chamada de hiperbilirrubinemia. Cerca de 98% dos recém-nascidos saudáveis podem ter essa mudança de cor fisiologicamente inofensiva após 24 horas de nascido sem que esta necessite de qualquer intervenção, nestes casos os sinais podem estar desaparecendo até o décimo quarto dia de vida, no entanto se

essas alterações se apresentarem antes de 24 horas, se faz necessário uma investigação de forma mais profunda, uma vez que níveis anormais de bilirrubina podem afetar tecidos causando lesões, especialmente o sistema nervoso central (SILVA BOMFIM *et al.*, 2021).

Como observado na fala da T5, a hipoglicemia acomete frequentemente recém-nascidos nas primeiras 24 a 48 horas de vida, mas não necessariamente de forma clínica que necessite de intervenção, se tratando de um processo de adaptação fisiológico do corpo do meio intrauterino para o extrauterino, chamado de hipoglicemia neonatal transitória. Essa frequência se dá pela cessação de suprimento de glicose que antes no ventre materno era suprido através da placenta e após o nascimento o RN passa a controlar sua produção de insulina, iniciando o processo denominado de gliconeogênese (BORDIGNON *et al.*, 2018).

Estando a reserva de glicogênio intimamente ligada a estatura e ao peso do neonato, existem em recém-nascidos prematuros uma baixa disponibilidade de reserva de glicogênio para mantê-lo com glicose equilibrada apresentando hipoglicemia recorrente nas primeiras horas de vida e entre as amamentações. Quanto a sintomatologia foi relatado pelas entrevistadas que era mais perceptível por conta da hipoatividade mas, como afirma Pereira *et al.* (2021b), os sintomas associados podem variar, podendo apresentar náuseas, sudorese, vômito, palidez, fome, taquicardia, hipotonía, cianose, convulsões, alteração do nível de consciência, apneia, podendo ainda muitos RNs serem assintomáticos.

O risco de um neonato de nascimento pré-termo vir a ter hipoglicemia é multifatorial, se faz necessário uma avaliação quanto ao histórico materno e gestacional, sinais de patologias adjacentes e suas características físicas. No entanto existem fatores de riscos que podem tornar o RN predisposto a desenvolver o quadro clínico de hipoglicemia, como sepse, hipóxia neonatal, filhos de mães diabéticas, gestações anteriores de crianças pequenas para a idade gestacional, crianças com cardiopatias congênitas, estresse perinatal, entre outros (SOUZA; LIMA, 2022).

Uma vez internados na UCINCo é normal que o recém-nascido pré termo passe por algumas intervenções que podem variar de acordo com o quadro clínico da fisiopatologia apresentada. Neste sentido faz parte da rotina de enfermagem a necessidade de procedimentos invasivos, como punções venosas em acessos periféricos ou cateter central de inserção periférica (PICC) para administração de

medicações prescritas e permanência desse acesso devidamente salinizado para administração medicamentosa em casos de emergências.

Em alguns casos, o recém-nascido prematuro pode estar também em uso de tubo orotraqueal (TOT) para ventilação mecânica, como mencionado pelas participantes da pesquisa uma das intercorrências que os acometem é em momentos de agitação, o próprio RN tracionar esses dispositivos, provocando lesões, muitas vezes retirando-os por completo.

Essas intercorrências são configuradas como evento adverso, diretamente relacionado à segurança do paciente. De acordo com a pesquisa desenvolvida por Cossul, Paula Neiva e Silveira (2021), eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos para ventilação mecânica e a extubação não planejada apresentam o maior número de notificações em recém-nascidos prematuros dentro de uma unidade de cuidados intensivos, sendo seguido pela categoria de acesso central em segundo lugar com maiores notificações.

Como afirma Maziero *et al.* (2021), esse alto índice de incidentes se justifica pela necessidade de diversos aparelhos para monitorização contínua do paciente e a quantidade variada de procedimentos que são necessários para a manutenção da vida do RN.

Categoria b) identificação das intercorrências nos recém-nascidos prematuros e a conduta realizada pela equipe de enfermagem

No tocante à identificação de intercorrências por meio da equipe de enfermagem em recém-nascidos prematuros, a maioria dos profissionais certificam que utilizam a monitorização contínua dos sinais vitais como ferramenta para identificação de descompensação da homeostasia fisiológica dos RNs internados na unidade. Tais aspectos são corroborados pelos relatos abaixo:

Nós temos um monitor que mostra a frequência cardíaca e saturação, por meio dele observamos as alterações (T14).

Geralmente os RNs dão entrada já com o diagnóstico médico e nós observamos se ele está gemente ou outras alterações (T1).

Eu, como técnica, auxilio nos cuidados técnicos pela checagem de sinais vitais (T3).

A gente desenvolve o olhar clínico então percebo logo quando ele está descompensado (T9).

A monitorização ajuda muito mas é muito importante a observação, a gente desenvolve uma percepção especial porque às vezes um monitor mal posicionado oferece uma leitura errada (E4).

O trabalho desenvolvido pela enfermagem dentro de uma unidade de cuidados intermediários e intensivos neonatal se dá de forma contínua, e tem que ser de forma eficiente e eficaz. Como afirmam Silva *et al.* (2020a), os profissionais atuantes nesse setor devem ser capacitados e passarem por avaliação para certificar-se de que são capacitados e psicologicamente preparados para lidar com as situações diárias, e também receber treinamentos específicos afim de apurar o senso crítico e olhar clínico para finalidade de identificação de alterações nos parâmetros do comportamento do recém-nascidos, baseando-se na Neonatal Infant Pain Scale (NIPS).

Segundo Pilger *et al.* (2022), a alta fragilidade que o recém-nascido prematuro demonstra nesse momento de internação está diretamente relacionado às altas taxas de morbimortalidade e o maior risco de adquirir patologias, estas por sua vez trazendo muitas vezes sequelas irreversíveis para o neonato.

O suporte completo ofertado pelo setor de cuidados intensivos e intermediários para monitorização constante dos parâmetros vitais, para realização de exames diários e também específicos. De acordo com a solicitação, configuram-se como um ponto positivo para o desenvolvimento da assistência de qualidade, tais inovações tecnológicas pertencentes atualmente ao ambiente hospitalar contribuem fortemente para um aumento da sobrevida dos recém-nascidos prematuros (SANTA BRIGIDA; ANDRADE, 2019).

Neste sentido, a monitorização e o cuidado de enfermagem devem ser eficazes e contínuos, passando pelo setor de admissão do paciente, pela observação, na

unidade de cuidados intermediários, bem como no setor de cuidados intensivos e, caso se faça necessário, também em setores de isolamento.

Como reitera Vieira *et al.* (2021), o enfermeiro é responsável de forma direta pela acomodação do recém-nascido na incubadora e sua funcionalidade, checando a temperatura do instrumento, a umidade, os reflexos da luz a fim de garantir a adequação da estadia do prematuro em um ambiente propício para a melhora de seu quadro clínico.

Silva *et al.* (2020b) corrobora com este achando e acrescenta que a aferição de sinais vitais, a avaliação clínica quanto a necessidade de algum procedimento especial, checagem da alimentação adequada, radiografias, observar a ventilação, caso o RN esteja em uso de ventilação mecânica e a observação de aceitação ao tratamento prescrito também estão com a enfermagem.

No tocante a conduta realizada em casos de intercorrência, as entrevistadas afirmaram que a conduta é relativa, variando de acordo com a intercorrência apresentada, como evidenciado pelas falas a seguir:

Nós seguimos as condutas prescritas pelo médico, em casos de cianose por exemplo ofertamos a oxigenação prescrita (T18).

Na icterícia é feita a fototerapia, já é de rotina da unidade (T11).

Em casos de prematuridade extrema a conduta padrão é o manuseio mínimo (T21).

Quando acontece a parada cardíaca, por trabalharmos com uma equipe multiprofissional, cada um assume uma conduta para a reanimação (T16).

Sempre estamos atentos principalmente para a preparação e administração de medicação quando necessário em casos de intercorrências (T22).

Verificação dos sinais vitais, uso do berço aquecido por conta da cianose de extremidades e passagem de sonda orogástrica como conduta padrão (E2).

Durante a realização das entrevistas, ao serem indagados sobre as intervenções adotadas nas intercorrências foi possível perceber que não há de forma sistematizada especificamente na UCINCo a existência de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), como demonstram as falas a seguir:

Nós que fazemos treinamento por fora, pela nossa formação, nos preparamos para atender os pacientes, mas não temos POP's (T20).

Nós não temos um POP diretamente voltado para a UTIN, nós temos algumas rotinas que são pré-estipuladas como por exemplo, a passagem de sonda na admissão, mas um POP, de fato, nós não possuímos (E6).

O gerenciamento de riscos é algo que existe há anos e que está diretamente associado à assistência prestada pela enfermagem, especificamente quando essa assistência é realizada em cuidados intensivos. De acordo com Santos *et al.* (2018), a atividade profissional humana está constantemente sujeita a erros e pensando na redução de falha foi, ao longo da história, criando-se padronizações para as atividades humanas, visando a minimização de erros operacionais.

Durante a graduação do curso de enfermagem existem as aulas práticas em diversos campos de atuação visando a construção de um profissional autônomo e crítico, essa formação se dá através do ensino e construção diária de práticas baseadas em evidências científicas para preparar o acadêmico ao enfrentamento de problemas e tomadas de decisões.

Neste sentido, surgem as utilizações dos POP's, que são documentos visando o planejamento de trabalhos repetitivos com técnicas desenvolvidas para aprimorar o cuidado e minimizar a ocorrência de possíveis desvios que possam acontecer na execução de intervenções. O manual de procedimentos assume papel de importância,

uma vez que tem como função a descrição do trabalho de enfermagem a ser executado e a forma mais segura e correta de se fazê-lo e deve passar por avaliação e atualização de forma periódica (OLIVEIRA; SILVA, 2018).

Segundo Do Nascimento *et al.* (2019), os serviços de enfermagem devem ser padronizados e essa organização gera resultados positivos na assistência, em foco na redução de riscos, cabendo a instituição a responsabilidade de avaliação das necessidades de cada setor para encontrar as metodologias e as ferramentas que são mais adequadas para cada situação.

Categoria c) percepção da equipe de enfermagem acerca da dor no recém-nascido

Quanto à percepção dos profissionais de enfermagem acerca da dor no recém-nascido prematuro, os mesmos foram questionados se na avaliação clínica e acompanhamento diário consideravam o RN capaz de sentir dor e o motivo pelo qual concordavam ou não. Houve uma unanimidade dos enfermeiros em afirmar que o recém-nascido mesmo que pré-termo é capaz sim de processar, reconhecer e sentir dor, quanto à equipe técnica de enfermagem a grande maioria também vai de acordo com a afirmação e a percepção dolorosa que os neonatos apresentam, como representados nas falas a seguir:

Não há dúvidas que o RN sente dor, principalmente pela quantidade de procedimentos que eles passam durante o período de internação (E3).

Nós percebemos que eles sentem dor e quanto mais prematuro mais dor eles acabam sentindo (T17).

A dor é muito subjetiva principalmente no recém-nascido prematuro, por isso precisa que o enfermeiro atuante da UTIN saiba interpretar além da fala (E3).

A percepção de dor no recém-nascido prematuro se faz de extrema importância, uma vez que a equipe de enfermagem mantém contato prolongado e contínuo com o paciente, sendo capaz de perceber as primeiras demonstrações de dor, podendo também atuar logo no momento inicial do desconforto com intervenções visando o cuidado.

Conforme Castro Nascimento *et al.* (2022), as intervenções de enfermagem são imprescindíveis e direcionadas para ajudar o recém-nascido na transição de adaptação da vida intrauterina para a extrauterina, prestando uma assistência de atender não somente as necessidades biológicas apresentadas, mas também as emocionais, desta forma promovendo um cuidado integral.

Neste sentido, Carvalho *et al.* (2021) afirma que o profissional de enfermagem deve saber identificar as necessidades do RN por meio da comunicação não-verbal e utilizar a sistematização da assistência de enfermagem para implementação de ações assistenciais, exercendo papel fundamental na redução do sofrimento e controle da dor do neonato.

No entanto, chamou atenção o posicionamento de algumas participantes que afirmaram não ser possível que o recém-nascido prematuro seja capaz de sentir dor, como afirmam as falas a seguir:

Não sei dizer se ele sente dor, eu acho que não, na verdade não faço ideia se ele sente dor de verdade ou não (T15).

Acho que precisa ser estudado se ele realmente sente dor, mas eu acho que eles são muito pequenos e não conseguem entender a dor, choram porque é a única forma de se comunicar mas não porque sentem dor (T20).

De acordo com Moura e Souza (2021), acreditava-se durante décadas que a dor no recém-nascido não era digna de relevância por existir um mito que seu sistema nervoso possuía imaturidade e não processava estímulos dolorosos. Atualmente, estudos comprovam que o RN possui todos os componentes anatomo-fisiológicos e neuroquímicos necessários para receber e transmitir a dor, uma vez que os neurônios

estão desenvolvidos na 7^a semana gestacional e os receptores da pele em torno da 20^a semana.

A percepção quanto aos sinais álgicos do neonato é uma ferramenta clínica essencial para a assistência de enfermagem humanizada, e não deve ser subtratada, podendo gerar consequências de curto a longo prazo.

Esse achado corrobora com o estudo desenvolvido por Macedo e Müller (2021) que afirma que o estímulo doloroso pode causar prejuízos ao neonato, podendo também aumentar as chances de morbimortalidade, alterações fisiológicas e comportamentais, aumento da irritabilidade, alteração nos padrões de sono e alteração cognitivas como déficit de atenção durante a vida escolar.

Categoria d) sinais sugestivos de dor no recém-nascido e instrumentos para avaliação

Nesta categoria, objetivamos identificar os sinais sugestivos de dor no recém-nascido prematuro durante o período de internação que eram percebidos pelos profissionais de enfermagem que prestavam assistência. A grande maioria citou o choro e as mudanças nas expressões faciais como sinais para identificação do sinal álgico, como demonstram nas falas a seguir:

As expressões faciais são muito nítidas quando estão com dor, tem alteração na frequência cardíaca também (E5).

Até mesmo em casos de paciente entubado nós percebemos a agitação e em alguns casos lágrimas (T6).

Pelo choro, a forma de chorar nós também percebemos a diferença e as expressões faciais (T23).

O choro persistente, pra mim, é o principal sinal de dor juntamente com a expressão facial (T10).

Esse achado corrobora com Santos *et al.* (2021), afirmam que testa franzida, mímica facial, sulco nasolabial franzido, alteração nos sinais vitais como frequência cardíaca e saturação, olhos apertados, flexão de braços e pernas e choro vigoroso são os sinais de dor mais perceptíveis tanto pelos profissionais quanto pelos pais.

O aprofundamento no estudo fisiológico da dor exclui de vez o pensamento ultrapassado que o recém-nascido não possuía a nocicepção da dor, demonstrando ainda que eles sentem mais dor que crianças e adultos. Conforme Santos *et al.* (2019), o recém-nascido vivencia mais o sentimento da dor do que um ser humano adulto e isso se dá por conta da não finalização do processo de mielinização dos neurônios onde as vias que são responsáveis por inibir e reduzir a dor não estão completamente formadas ainda.

Quanto ao instrumento utilizado para avaliação dos níveis da dor visando a intervenção, todos os enfermeiros mencionaram a sistematização da assistência de enfermagem como uma ferramenta indispensável para esse diagnóstico, acrescentando ainda que dentro da esquematização da SAE que é utilizada na unidade existe a tabela da NIPS como instrumento de escala para avaliação dos sinais de dor.

De acordo com Araújo *et al.*, (2021) as escalas de avaliação e mensuração da dor surgiram com o intuito de facilitar esta identificação pelo profissional de saúde e existem diversas escalas que podem ser usadas. No entanto, a Neonatal Infant Pain Scale ou NIPS possui lugar de destaque por apresentar uma mensuração mais fidedigna da dor do RN.

A NIPS funciona composta por indicadores fisiológicos e comportamentais, subdividindo-se em seis partes para avaliação, sendo elas o choro, a expressão facial, o movimento dos membros superiores e inferiores, a respiração e o estado de alerta. Possuindo pontuação de zero a um, com exceção do choro que pode ser avaliado de zero a dois, e o escore total pode variar de zero a sete, onde é considerado a presença de dor quando o somatório for igual ou superior a 4 pontos (SOUZA *et al.*, 2021).

Como afirma Silva *et al.*, (2021), a identificação e mensuração da dor no recém-nascido internado em uma unidade cuidados neonatal se faz de extrema importância para que seja possível traçar medidas farmacológicas ou não para melhora do quadro álgico, uma vez que em decorrência da manipulação excessiva, procedimentos invasivos, ruídos incômodos e luminosidade artificial também são fatores estressantes

que estão presentes na estrutura da unidade, a dor mesmo que não possa ser evitada, deve ser aliviada.

No entanto, durante a realização da pesquisa uma das entrevistadas afirmou que a avaliação da dor seria atividade realizada unicamente pelo profissional enfermeiro, e não da equipe de enfermagem como um todo, como mostra a fala a seguir:

A avaliação da dor fica mais para as enfermeiras com o preenchimento da SAE, nós, técnicos de enfermagem, não avaliamos (T17).

Como afirma Andrade Neto *et al.*, (2018), o dever da avaliação da dor do recém-nascido prematuro é de toda a equipe multiprofissional, e não uma atividade privativa do enfermeiro e deve acontecer diariamente.

Categoria e) considerações da equipe de enfermagem quanto à estrutura física da Unidade Neonatal

Quanto a estrutura física da unidade, como espaço e equipamentos, fora questionada às participantes quais pontos as mesmas poderiam citar como ponto negativo e que precisaria ser melhorado, houve uma unanimidade nas respostas onde todas responderam que a ampliação do setor se fazia de extrema necessidade e que era algo que poderia ser melhorado, como mostra as falas a seguir:

O espaço se tornou pequeno para a alta demanda que nós atendemos, por isso precisaria de uma ampliação (T4).

Precisamos de mais espaço, precisa melhorar porque se tornou um ambiente muito apertado (T19).

Eu posso citar o espaço da unidade como um ponto que precisa ser melhorado, aqui nós temos 6 leitos, mas em alguns dias atendemos 8 RN's e outros vindo para admissão, que

infelizmente não conseguimos receber porque não tem lugar (T13).

Por conta da pandemia da Covid-19 um dos nossos ambientes foi transformado para atender UTI adulto e isso deixou nosso local ainda menor, então precisa expandir mais a estrutura (T17).

A adaptação a quantidade de leitos para atendimento dá-se pela razão que a unidade de cuidados convencionais neonatal de Balsas abrange tanto as necessidades da própria cidade quanto das cidades ao redor via sistema de regulação do estado do Maranhão, sendo considerada referência no sul do estado principalmente quando relacionada à prematuridade.

A partir dos enunciados das entrevistadas foram observadas fragilidades no ambiente físico da unidade e durante a pesquisa ficou claro para as pesquisadoras a legitimidade dos pontos abordados pelas profissionais como necessários de melhorias, uma vez que com a necessidade abrupta proveniente da pandemia da Covid-19 por novos leitos para atendimento principalmente adulto, um dos setores que acabou sofrendo foi a UCINCo ao ceder espaço. Tal aspecto foi possível observar pelas pesquisadoras que haviam pelos corredores incubadoras e aparelhos de monitorização, uma vez que sofrendo pelo espaço reduzido não possuíam onde armazená-las adequadamente.

De acordo com a portaria nº 930 de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012) quanto ao número de leitos, fica instituído que o quantitativo deve seguir o parâmetro da necessidade populacional. Dessa forma, para cada 1000 nascidos vivos poderão ser contratados 2 leitos de unidade de terapia intensiva neonatal, 2 leitos para a unidade de cuidados intermediários neonatal convencional e 1 leito para a unidade de cuidados intermediários neonatal canguru.

Um estudo desenvolvido por Miranda *et al.*, (2021) corrobora com essa perspectiva, afirmando que, no Brasil, há uma maior implementação de leitos de UCINCo que de UTIN, como sendo uma situação contrária ao que é recomendado pela portaria GM/MS nº 930/2012, o que impacta diretamente no cuidado progressista preconizado. Conforme Barcellos *et al.*, (2022), a estrutura física inadequada da

unidade neonatal também é considerada como um risco ocupacional aos profissionais de enfermagem, podendo acarretar sobrecarga de atividades e estresse.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem como um todo, tanto o enfermeiro como a equipe técnica têm em essência o cuidado ao ser humano que rege a profissão, seja de forma individual ao recém-nascido pré-termo ou na família e comunidade, responsabilizando-se também pelo acolhimento, conforto e bem-estar dos pacientes.

No âmbito hospitalar, os profissionais de enfermagem desempenham função assistencial visando que a mesma seja livre de imperícia, negligência ou imprudência. Neste sentido, destaca-se a importância da enfermagem na Unidade de Cuidado Intermediário Convencional Neonatal, que tem o papel de gerenciar, planejar, administrar e realizar atividades e procedimentos padrões do setor.

Uma das principais atividades no âmbito técnico pode ser destacada a utilização da sistematização da assistência de enfermagem para que a atenção ao paciente ocorra de forma individualizada, planejada e ordenada, no entanto, o cuidado de enfermagem com pacientes prematuros vai muito além de cuidados padronizados, o olhar clínico atento e diferenciado associado a práticas humanizadas fazem toda a diferença nesses casos.

Nesta pesquisa, notou-se que todas as participantes eram do sexo feminino 29 (100%), com idade entre 34 e 39 anos 10 (34,4%), técnicas de enfermagem 23 (79,3%), formadas em instituição privada 25 (86,2%), pós graduadas 16 (55,2%), com apenas 1 vínculo empregatício 21 (72,4%), entre 10 a 12 anos de formação 11 (38%) e entre 4 a 5 anos de atuação profissional na UCINCo 14 (48,3%).

No que se refere às principais intercorrências apresentadas pelos recém-nascidos pré termo durante o período de internação na unidade de cuidados intermediários convencional neonatal, constatou-se que os profissionais relatam com domínio científico e que a prematuridade em si assume papel de relevância como intercorrência mais recorrente dentro da unidade, seguido de hipoglicemia, cardiopatia congênita, icterícia neonatal, síndrome do desconforto respiratório, cianose de extremidades e perda de acessos e sondas por tração mecânica dos RN's de forma involuntária.

Em relação a identificação por meio da equipe das intercorrências citadas nos recém-nascidos prematuros e a conduta realizada em cada, verificou-se que a percepção de alterações se dá principalmente através da monitorização contínua dos

sinais vitais através de equipamentos específicos e associando-se ao olhar clínico profissional de alterações visíveis.

Relatou-se que as condutas estão diretamente associadas ao tipo de intercorrência e por isso variam de acordo com a necessidade apresentada, no entanto o estudo apontou que tais intervenções não eram previamente padronizadas por meio do procedimento operacional padrão e que a realização da mesma dava-se de acordo com a formação de cada profissional, o que pode prejudicar o nível de segurança do paciente na operacionalização dos procedimentos quanto ao controle de infecções e ocorrências de eventos adversos.

Em se tratando da percepção da equipe de enfermagem no que tange a dor sentida pelo recém-nascido prematuro durante o momento de hospitalização, para a maioria dos entrevistados a dor é sentida e demonstrada pelos recém-nascidos. Os mesmos relataram que a percepção visual da dor se dá através das alterações nas expressões faciais de cada recém-nascido, agitação, lágrimas e o choro, estando associado a essa verificação visual, há o uso de escalas de dor na sistematização da assistência de enfermagem, o que promove uma avaliação da dor mais fidedigna em nível, facilitando a intervenção farmacológica ou não.

No entanto, a pesquisa mostrou fragilidades no conhecimento de alguns profissionais, onde os mesmos afirmam que acreditam que o prematuro não seja capaz de processar e compreender a dor e que a avaliação da dor seria de competência unicamente do profissional enfermeiro, o que prejudica a resolubilidade e amenização da dor do paciente.

No que concerne à estrutura física da unidade neonatal, os participantes da pesquisa mencionaram a necessidade de uma ampliação do espaço de atendimento aos pacientes, onde os mesmos por muitas vezes atuam em ambientes apertados com um número maior de leitos que seria possível.

A maior dificuldade encontrada durante a realização da pesquisa foi a disponibilidade dos profissionais para a entrevista. Além disso, a carga horária e fato de alguns dos participantes possuírem mais de um vínculo empregatício também foi um fator que limitou o estudo.

Após a análise dos resultados obtidos deste trabalho, tornou-se notório a necessidade de os profissionais participarem de cursos de capacitação e atualização

acerca da dor do recém-nascido e como avaliá-la através de escalas, bem como a importância da implementação de procedimentos operacionais padrão na unidade.

A pesquisa possibilitou inferir que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem da unidade de cuidados intermediários convencional neonatal é uma tarefa sistemática e que se faz necessário a qualificação profissional de excelência, tratando-se de uma atividade de alta complexidade atuando de forma direta e contínua com pacientes em um dos extremos da vida humana. Os participantes da pesquisa demonstraram a presença de práticas baseadas em evidência em suas falas e através do planejamento de ações assistenciais de cuidado.

Essa pesquisa amplia o conhecimento acerca das rotinas diárias da realidade de unidade neonatal em cada fase, onde fazendo o uso da sistematização da assistência de enfermagem como aliada no processo de cuidar, presente na identificação das intercorrências e nas intervenções propostas a ela, assim como na identificação, avaliação e classificação da dor do recém-nascido pré-termo, o que é de fundamental importância para o curso de enfermagem, visto que esse entendimento levará a futuros enfermeiros e técnicos de enfermagem a compreender, implementar e cumprir de forma correta todos os passos do cuidado da assistência na prematuridade.

Além de levar consequentemente a contribuir de maneira significativa para melhoria do quadro do paciente, diminuição do tempo de internação e reduzir possíveis danos futuros. Dessa forma, espera-se contribuir de forma significativa na prática da assistência de enfermagem do prematuro, corrigir as fragilidades apresentadas e assim, melhorar a qualidade assistencial, valorização e autonomia do trabalho em enfermagem.

Por fim, espera-se que os resultados obtidos tornem visível as necessidades da instituição, profissionais e gestores atuantes, bem como demonstrar o trabalho singular, efetivo e modificador que a equipe de enfermagem desenvolve na unidade e na vida dos recém-nascidos prematuros e, consequentemente, em sua família. Tendo em vista que o campo da neonatologia vem passando por diversas transformações do ponto de vista tecnológico e científico, o ato de proporcionar melhorias significativas no cuidado ao recém-nascido é uma realidade em constante atualização, devendo o profissional de enfermagem segui-las.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. H. do V. et al. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Curitiba, v. 36, n. 12, p. 01-13, dez, 2020.
- ANDRADE NETO, G. R. et al. Abordagem da dor em UTI neonatal por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.I], v. 10, n. 4, p. 1788-1795, abr, 2018.
- ANDRADE, H. S. Assistência do enfermeiro ao recém-nascido na Atenção Primária de Saúde. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 61-78, mar, 2018.
- ANS ALERTA GESTANTES PARA O DIA MUNDIAL DA PREMATURIDADE. **Ministério da Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-alerta-gestantes-para-o-dia-mundial-da-prematuridade>>. Acesso em: 21 de janeiro de 2022.
- ANUNCIAÇÃO, P. S. et al. “Revés de um parto”: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.I], v. 34, p. 1- 11, dez, 2019.
- ARAÚJO, B. S. et al. Práticas de avaliação e manejo da dor na unidade neonatal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 531-537, jun, 2021.
- AZEVEDO, N. F. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor do recém-nascido. **BrJP**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 331-335, dez, 2019.
- BARCELLOS, L. N. et al. Riscos ocupacionais a saúde dos profissionais de enfermagem na UTI neonatal. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 1-7, maio, 2022.
- BARDIN,L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal; Eduções70, LDA,2016.
- BERNARDINO, F. B. S. et al. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 567-578, fev, 2022.
- BERTO, Denise Cardoso et al. Processo de Enfermagem em Neonatologia: relato de experiência. **Anais**, 2017.
- BORDIGNON, J. S. et al. Hipoglicemia neonatal: revisão integrativa. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, [S.I], v. 19, n. 3, p. 639-649, jun, 2018.
- BRANDÃO, A. P. M. et al. Humanização da assistência de enfermagem frente a dor e ao estresse do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, Góias, v. 8, n. 1, p. 172 – 196, mar, 2017.
- BRASIL. Decreto-lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Diário Oficial da União. Brasília (DF), de 26 de junho de 1986. Seção I - fls. 9.273 a 9.275.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Importância do pré-natal.** [s.l.:s.n.], 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2198-importancia-do-pre-natal>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** 3. ed. Brasília, DF; 2017.

CAKIR, U.; TAYMAN, C. Qual Deve Ser o Tratamento de Primeira Linha para o Fechamento de Persistência de Canal Arterial Hemodinamicamente Significativo em Bebês Prematuros?. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.I], v. 118, n. 3, p. 548-555, mar, 2022.

CAMPOS, C. A. C. A. et al. Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 165-174, jun, 2017.

CASTRO NASCIMENTO, L. et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro Nursing care for premature newborns. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 4, p. 27036-27055, mar, 2022.

CASTRO SEGUR, P.; MORERO, J. A. P.; OLIVEIRA, C. T. Assistência de Enfermagem ao recém-nascido com Síndrome do Desconforto Respiratório. **Uningá Journal**, [S.I], v. 56, n. S2, p. 141-159, mar, 2019.

Conselho Federal de Enfermagem (**COFEN**). Resolução **COFEN-543/2017**.

COSSUL, M. U.; PAULA NEIVA, L. E. C.; SILVEIRA, A. O. Notificação de eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. enferm. UFPE on line**, Pernambuco, v. 15, p. 1-16, fev, 2021.

CUNNINGHAM, F. G. et al. Obstetrícia de Williams. **Parto Prematuro**. Rio Grande do Sul: AMGH Editora Ltda, 2016. p. 829-854.

DIAS, I. M. A. V. et al. Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 29, n. 1, p. 23-32, jan/mar, 2015.

DIAS, M. S. et al. Atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido: proposta de um novo modelo. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v.1, n.6, p. 1930-1944, abr, 2016.

DO NASCIMENTO, C. C. L. et al. Construção de procedimento operacional padrão para sala de imunização. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.I], v. 11, n. 9, p. e389-e389, apr, 2019.

DOS SANTOS ADRIANO, A. P. et. al. Mortalidade neonatal relacionada à prematuridade. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 1-7, mar, 2022.

ELIAS, L. S. D. T. et al. Avaliação da dor na unidade neonatal sob a perspectiva da equipe de Enfermagem em um hospital no noroeste paulista. **Ver Cuidarte Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 156-161, jul/dez, 2016.

GALVÃO, M. R. C.; MENDES, A. L. R.; MELO, S. Fatores para o desenvolvimento de doenças cardíacas em bebês prematuros. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 7, set, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas SA, 2019.

GREBINSKI, A. T. K. G. et al. Carga de trabalho e dimensionamento de pessoal de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**, [S.I], v. 10, n. 1, out, 2019.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 455-460, mar/abr, 2017.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, Paraíba, v. 17, n. 1, p. 28-46, jun, 2018.

MACÊDO, B. L. N. et al. Perfil epidemiológico de recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório e sua comparação com taxa de mortalidade. **Cardiorespiratory Physiotherapy, Critical Care and Rehabilitation**, [S.I], v. 9, n. 2, p. 33-43, ago, 2019.

MACEDO, J. S.; MÜLLER, A. B.. Dor e medidas não-farmacológicas em prematuros hospitalizados. **Revista Saúde-UNG-Ser**, Guarulhos, v. 15, n. 1/2, p. 23-34, abr, 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. In: **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados**. 2012. p. 277-277.

MARTINELLI, K. G. et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S.I], v. 38, n. 1, p. 1-15, abr, 2021.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2016. p. 95 p-95.

MIRANDA, E. C. S. et al. Situação dos leitos neonatais em maternidades brasileiras: uma análise exploratória. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 909-918, mar, 2021.

MORAES FILHO, I. M. et al. Checklist do recém-nascido: principais diagnósticos de enfermagem mediante intercorrências e susceptibilidade das mesmas no neonatal. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Goiás, v. 6, n. 1, p. 38-45, jan/jun, 2017.

MOURA, D. M.; SOUZA, T. P. B. Conhecimento da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva neonatal sobre a dor do recém-nascido. **BrJP**, São Paulo, v. 4, n.3, p. 204-209, set, 2021.

OLIVEIRA SILVA, R. M. et al. Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, v. 4, n. 16, p. 147-154, set, 2018.

OLIVEIRA, D. A. L.; SILVA, J. C. B. Procedimento Operacional Padrão aplicado ao ensino de Semiologia e Semiotécnica em enfermagem: Relato de Experiência. **Revista Enfermagem Digital Cuidade e Promoção da Saúde**, Pernambuco, v. 3, n. 2, p. 42-46, set, 2018.

OLIVEIRA, P. V. N. et al. Formação do enfermeiro para os cuidados de pacientes críticos na Unidade de Terapia Intensiva. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 250, p. 2751-2755, mar, 2019.

OLIVEIRA, S. R. et al. Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido Prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Universidade Tiradentes**, Sergipe, v. 9, n. 12, p. 1-4, maio, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Nascimento prematuro**. [s.l.:s.n.], 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs3>. Acesso em: 15 nov. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Mortalidade Neonatal**. [s.l.:s.n.], 2018. Disponível em: https://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal/en/. Acesso em: 29 set. 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Unicef e OMS dizem que taxas de mortalidade materno-infantil nunca foram tão baixas**. [s.l.:s.n.], 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>. Acesso em: 07 out. 2020.

PAIVA OTAVIANO, F.; DUARTE, I. P.; SOARES, N. S. Assistência da enfermagem ao neonato prematuro em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). **Saúde em Foco**, Piauí, v. 2, n. 1, p. 60-79, jan/jun, 2015.

PAULA, N. V. K. et al. Internações em UTI neonatal. **Revista Espacios**, Paraná, v. 38, n. 39, p. 18-27, abr, 2017.

PEREIRAA, A. A. et al. Percepções de enfermeiras sobre a assistência realizada ao recém-nascido com icterícia neonatal. **Enfermagem em Foco**, [S.I], v. 12, n. 4, p. 659-666, set, 2021.

PEREIRAb, L. F. M. et al. Fisiopatologia e prevenção da hipoglicemia neonatal: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [S.I], v. 4, n. 2, p. 5852-5865, mar, 2021.

PILGER, C. H. et al. Vivências de mães de bebês prematuros: da gestação aos cuidados no domicílio. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 1, p. 1-20, fev, 2022.

- PORCIUNCULA, M. B. *et al.* Contexto da atenção pré-natal na prematuridade tardia. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 18040, ago, 2017.
- QUARESMA, M. E. *et al.* Fatores associados com a hospitalização durante o período neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 4, p. 390-398, set, 2017.
- ROCHA, E. C. S. *et al.* Procedimentos dolorosos agudos no recém-nascido pré-termo em uma unidade neonatal. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1-8, nov, 2019.
- SALES, O. P. *et al.* Gênero masculino na Enfermagem: estudo de revisão integrativa. **Humanidades & Inovação**, Tocantins, v. 5, n. 11, p. 277-288, dez 2018.
- SANTOS, A. M. G. *et al.* Aplicação clínica do Procedimento Operacional Padrão de Posicionamento com Prematuros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.I], v. 71, n.3 p. 1280-1286, jun, 2018.
- SANTOS, K. F. M. *et al.* A enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 7, p.1-12, jun, 2021.
- SILVA BOMFIM, V. V. B. *et al.* Repercussões clínicas da icterícia neonatal no prematuro. **Research, Society and Development**, [S.I], v. 10, n. 9, p. 1-8, set, 2021.
- SILVA, F. P. P.; OLIVEIRA, C. R. V.; REIS, B. C. C. A persistência do canal arterial em recém-nascidos prematuros: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, São Paulo, v. 4, p. 1-8, mar, 2022.
- SILVA, L. N. M; SILVEIRA, A. P. K. F.; MORAIS, F. R. R. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev. enferm. UFPE on line**, Pernambuco, v. 11, n. 8, p. 3290-3294, ago, 2017.
- SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 07-13, jan, 2019.
- SILVA, S. F. *et al.* Intervenções não farmacológicas no controle da dor em recém-nascidos pré-termo: conhecimento da equipe de enfermagem. **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 278, p. 5892-5901, jun, 2021.
- SILVA, T. P. *et al.* Gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança em condição crônica hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 4, p. 641-648, jul/ago, 2015.
- SILVAA, A. G. *et al.* Principais causas de internações em uma unidade neonatal no extremo Norte do Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, Roraima, v. 3, n. 5, p. 12416-12430, set, 2020.
- SILVAB, S. R. P. *et al.* Assistência de enfermagem na uti neonatal: Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. **Brazilian Journal of Health Review**, Roraima, v. 3, n. 4, p. 9464-9473, set, 2020.

- SLEUTJES, F. C. M. et al. Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2713-2720, 2018.
- Sociedade Brasileira de Pediatria.** Nascimento Seguro. Porto Alegre: SBP, 2018.
- SOUSA, H. M. M. et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, Ceará, v. 2, n. 1, p. 1-3, jun, 2016.
- SOUSA, V. O. et al. Implantação da escala para avaliação da dor em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) Pública. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.I], v. 13, n. 8, p. 1-8, ago, 2021.
- SOUZA, R. P.; LIMA, P. M. Hipoglicemia neonatal e a atuação do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Roraima, v. 5, n. 1, p. 3787-3798, fev, 2022.
- SOUZA, V. O. et al. Implantação da escala para avaliação da dor em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pública. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 8, p. 1-8, ago, 2021.
- TREEDE, R. D. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. **Pain reports**, v. 3, n. 2, p. 1-3, jan, 2018.
- UFMA. Universidade Federal Do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção a saude: a rede cegonha**, São Luis, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7564>. Acesso em 02 set. 2020.
- VENCESLAU, T. M. et al. Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina-PI: estudo retrospectivo. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Piauí, v. 10, n. 1, p. 69-76, fevereiro, 2020.
- VERONEZ, M. et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Paraná, v. 38, n. 2, p. 1- 8, julho, 2017.
- VIEIRA, Maria Aparecida Leite et al. ROTINAS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, v. 8, 2021.
- WACHHOLZ, V. A. et al. Relação entre a qualidade da assistência pré-natal e a prematuridade: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Paraíba, v. 6, n. 2, p. 01-07, abril/junho, 2016.
- WALKER, S, M. Translational studies identify long-term impact of prior neonatal pain experience. **Pain**, Reino Unido, v. 158, n. 4, p. S29-S42, abr, 2017.

APÊNDICES

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE BALSAS – CESBA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS
INTERCORRÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO**

APÊNDICE A – FORMULÁRIO A SER APLICADO À EQUIPE DE ENFERMAGEM

I. Identificação dos participantes:

Nome (iniciais): _____

Sexo: _____

Idade: _____

Tempo de trabalho na unidade: _____

Local (is) de trabalho: _____

Titulação acadêmica: _____

Local de formação: _____

Tempo de formada: _____

() especialização. _____

() mestrado. _____

() doutorado. _____

II. Roteiro do Formulário:

1. Na sua visão e experiência, quais intercorrências são mais frequentes?
2. Como você, como parte da equipe de enfermagem, auxilia na identificação dessas intercorrências?
3. No caso das intercorrências citadas, quais técnicas ou procedimentos são utilizados para intervenção?
4. Há algum plano de cuidados pré-estipulado para as intercorrências que possam chegar a existir?
5. Na sua visão o RN sente dor? Por quê?
6. Considerando especificamente a dor, com que frequência você considera que esteja associada a intervenções? Existe alguma padronização para identificar essa dor?
7. Sobre a estrutura física da Unidade Neonatal, quais pontos você citaria como pontos fortes e fracos?

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE BALSAS – CESBA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS
INTERCORRÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO**

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO”**, que será realizada no Hospital Regional de Balsas, cujo pesquisador responsável é a Sra Jaiane de Melo Vilanova, enfermeira e professora na Universidade Estadual do Maranhão. O estudo se destina a analisar como a equipe de enfermagem atua na identificação das principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo e as intervenções necessárias.

A importância deste estudo se dá porque a prematuridade é configurada com um dos fatores de risco para a mortalidade infantil nos primeiros meses de vida e a assistência de enfermagem deverá desenvolver um trabalho sistemático, organizado e humanizado onde apresentará função ativa e direta no cuidado com o paciente pré-termo. O resultado que deseja alcançar através desse estudo diz respeito à identificação das principais intercorrências que acometem o recém-nascido pré-termo no período de internação.

A contribuição do participante no estudo será destinada a coleta de dados por meio de uma entrevista utilizando como instrumento um formulário semiestruturado, é valido ressalvar que a participação é voluntária e serão respeitados no que se refere à zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, bem como proceder-se-á a coleta de dados de forma atenciosa. Os riscos da pesquisa poderão estar no desconforto ou cansaço de algumas das participantes da pesquisa quando submetidas aos questionamentos acerca da assistência prestada ao recém-nascido pré-termo no que tange a identificação das intercorrências e intervenções.

Os benefícios da pesquisa serão para o pesquisador, para a sociedade e para os participantes do estudo, pois espera-se que a pesquisa procrie um grande conhecimento acerca do tema discutido e traga à tona discussões que visam um enriquecimento científico para aqueles que se disponibilizarem e que como equipe

possam desenvolver pontos positivos visando construir a excelência do atendimento prestado na equipe de enfermagem como um todo.

Sempre que você desejar, lhe serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. Em caso de dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, a Prof.^a. Esp. Jaiane de Melo Vilanova, pelo telefone (99) 8818-1516.

A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato com os pesquisadores. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Além disso, asseguramos que todas suas informações serão mantidas confidencialmente, que seu nome será mantido em sigilo e as suas informações aparecerão no relatório da pesquisa e nas publicações de forma anônima. Os resultados serão divulgados somente em publicações científicas e acadêmicas. A sua participação é voluntária, sendo que a qualquer tempo você poderá desistir de participar da pesquisa, sem nenhuma penalidade ou prejuízo. Você pode solicitar questionamentos sobre a pesquisa, sempre que achar necessário para isso basta entrar em contato com os pesquisadores.

Balsas, ____ de _____ de _____.

Participante da Pesquisa

Jaiane de Melo Vilanova.
Pesquisadora Orientadora

Marcia Eduarda Rios Rodrigues
Pesquisadora Participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:
CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UEMA

ENDEREÇO: Rua Quininha Pires, nº 105. Centro. CEP: 65600-000. Caxias-MA. FONE: (99) 3521-3938

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: JAIANE DE MELO VILANOVA

ENDEREÇO: RUA TRAVESSA DO CRUZEIRO , Nº 180. TRESIDELA
CEP: 65800-000. BALSAS_MA
FONES: (99) 98161-6959/ E-MAIL: jai_vilanova@hotmail.com

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES



HOSPITAL DR. JOSÉ BERNARDINO/ HOSPITAL
REGIONAL DE BALSAS-MA

DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão

Eu, **JAIANE DE MELO VILA NOVA**, pesquisadora responsável da pesquisa intitulada **"ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AS PRINCIPAIS INTERCORRENCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO"**, tendo como pesquisadora participante **MARCIA EDUARDA RIOS RODRIGUES**, declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade da Profa. Obstetra Jaiane de Melo Vilanova da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) – Centro de Estudos Superiores de Balsas (CESBA), que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP/UEMA será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/UEMA será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi realizada.

Balsas-MA, 22 de fevereiro de 2021.

Jaiane de Melo Vilanova

Profa. Jaiane de Melo Vilanova

CPF: 002.979.893-08

COREN-MA: 292.292

Marcia Eduarda Rios Rodrigues

Marcia Eduarda Rios Rodrigues

CPF: 037.325.663-90

APÊNDICE D - OFÍCIO PARA O ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA



OFÍCIO PARA O ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

Balsas, 22 / 02 / 2021.

À Senhora
FRANCIDALMA DE SOUSA SOARES CARVALHO FILHA.
DD. Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CESC da
Universidade Estadual do Maranhão - UEMA

Prezado Senhora,

Utilizo-me desta para encaminhar a Vsa. o projeto de pesquisa intitulado “Assistência de enfermagem frente as principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo” sobre a minha responsabilidade solicitando, deste comitê, a apreciação do mesmo. Aproveito para informá-lo que os conteúdos descritos no corpus do projeto podem ser utilizados no processo de avaliação do mesmo, e que:

- (a) Estou ciente das minhas responsabilidades frente à pesquisa e que a partir da submissão do projeto ao Comitê, será estabelecido diálogo formal entre o CEP e o pesquisador;
- (b) Estou ciente que devo solicitar e retirar, por minha própria conta, os pareceres e o certificado junto a secretaria do CEP;
- (c) Estou ciente de que as avaliações, possivelmente, desfavoráveis deverão ser, por mim, retomadas para correções e alterações;
- (d) Estou ciente de que os relatores, a presidência do CEP e eventualmente a CONEP, terão acesso a este protocolo em sua versão original e que este acesso será utilizado exclusivamente para a avaliação ética.

Sem mais para o momento aproveito para enviar a Vsa. e aos senhores conselheiros as melhores saudações.

Atentamente,

Jaiâne de Melo Vilanova – CPF: 002.979.893-08
Pesquisadora Responsável

Marcia Eduarda Rios Rodrigues – CPF: 037.325-663-90
Pesquisadora Participante

ANEXOS

ANEXO A - PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**UEMA - CENTRO DE ESTUDOS
SUPERIORES DE CAXIAS DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
MARANHÃO - CESC/UEMA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS
EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

Pesquisador: JAIANE DE MELO VILANOVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44472721.7.0000.5554

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.614.891

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa cujo título “RASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO”, nº de CAAE 44472721.7.0000.5554 e Pesquisador(a) responsável ANA MARIA MARQUES DE CARVALHO. Trata-se uma pesquisa de campo e terá abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório. Este estudo busca analisar a assistência da equipe de enfermagem em uma Unidade de Cuidado intermediário Neonatal Convencional, mais precisamente a assistência voltada para o recém-nascido pré termo bem como a identificação das principais intercorrências e as intervenções propostas a elas

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar a assistência da equipe de enfermagem na identificação das principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo e nas intervenções necessárias na unidade neonatal.

Específicos

Descrever a atuação da equipe de enfermagem na identificação das principais intercorrências em recém-nascidos pré-termo;

Traçar o perfil dos participantes da pesquisa;

Relatar as intercorrências mais recorrentes na unidade neonatal;

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 743

Bairro: Centro

CEP: 70.255-010

UF: MA

Município: CAXIAS

Telefone: (99)3251-3938

Fax: (99)3251-3938

E-mail: cepe@cesc.uema.br



UEMA - CENTRO DE ESTUDOS
SUPERIORES DE CAXIAS DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
MARANHÃO - CESC/UEMA



Continuação do Parecer: 4.614.891

Discutir as principais técnicas e procedimentos utilizados nas intervenções propostas pela equipe de enfermagem;

Identificar a utilização de escala de mensuração de dor pela equipe de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa poderão estar no desconforto, cansaço ou constrangimento de alguns dos participantes da pesquisa quando submetidos aos questionamentos acerca da assistência de enfermagem frente às principais intercorrências com o recém-nascido pré-termo.

Entretanto, esses obstáculos poderão ser evitados com o fornecimento de informações acerca da pesquisa e a explicação aos sujeitos da pesquisa da importância de sua participação e a comprovação de que suas respostas serão respeitadas no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, bem como proceder-se à coleta de dados de forma atenciosa respeitando o limite dos entrevistados, também será dada a liberdade para a resposta no que diz respeito ao tempo pra responder e o espaço de cada um, caso deseje também poderá ser marcada outra data conforme a necessidade do participante.

Os benefícios da pesquisa serão para o pesquisador, para a sociedade e para os participantes do estudo, pois se espera que a pesquisa procrie um grande conhecimento acerca do tema discutido e traga à tona discussões sobre identificação das principais intercorrências no recém-nascido pré-termo, a intervenções necessárias e a avaliação da dor, bem como contribuir de maneira significativa para a melhoria do entendimento da equipe a respeito do que os cerca.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e apresenta interesse público e o(a) pesquisador(a) responsável tem experiências adequadas para a realização do projeto. No entanto, necessita adequar o TCLE às exigências do CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória :Ofício de Encaminhamento ao CEP, Folha de Rosto, Autorização Institucional estão de acordo com o que rege a na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, é necessário INSERIR o TCLE como os riscos poderão ser minimizados e informar que o participante tem direito à indenização em caso de danos decorrentes da pesquisa.

Recomendações:

Em projetos posteriores, observar melhor as seguintes observações:

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 743	CEP: 70.255-010
Bairro: Centro	
UF: MA	Município: CAXIAS
Telefone: (99)3251-3938	Fax: (99)3251-3938
	E-mail: cepe@cesc.uema.br



UEMA - CENTRO DE ESTUDOS
SUPERIORES DE CAXIAS DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
MARANHÃO - CESC/UEMA



Continuação do Parecer: 4.614.891

- Apresentar de forma clara os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa
- Substituir o termo procrie por um mais apropriado na frase "pois se espera que a pesquisa procrie um grande conhecimento..."
- Inserir no TCLE como os riscos poderão ser minimizados à semelhança ao que está no corpo do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está APROVADO e pronto para iniciar a coleta de dados e as demais etapas referentes ao mesmo

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1674399.pdf	22/02/2021 21:56:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURAPROJETO.pdf	22/02/2021 21:52:02	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA.pdf	22/02/2021 21:51:07	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
Outros	CurriculoMarcia.pdf	22/02/2021 21:50:53	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
Outros	CurriculoJaiane.pdf	22/02/2021 21:48:32	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
Outros	TermodePosConsentimento.pdf	22/02/2021 21:43:13	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
Outros	OfícioEncaminhamento.pdf	22/02/2021 21:41:57	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoPesquisadores.pdf	22/02/2021 21:37:43	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoDeAutorizacao.pdf	22/02/2021 21:37:05	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/02/2021 21:18:57	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/02/2021 21:16:24	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/02/2021 21:06:23	MARCA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 743

Bairro: Centro

CEP: 70.255-010

UF: MA

Município: CAXIAS

Telefone: (99)3251-3938

Fax: (99)3251-3938

E-mail: cepe@cesc.uema.br



**UEMA - CENTRO DE ESTUDOS
SUPERIORES DE CAXIAS DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
MARANHÃO - CESC/UEMA**



Continuação do Parecer: 4.614.891

Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	22/02/2021 20:56:49	MARCIA EDUARDA RIOS RODRIGUES	Aceito
----------------	------------------	------------------------	----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAXIAS, 26 de Março de 2021

Assinado por:

FRANCIDALMA SOARES SOUSA CARVALHO FILHA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 743

Bairro: Centro

CEP: 70-255-010

Ballot
UE: MA

Município: CAXIAS

UF: MA

CAXIAS

Environ Biol Fish (2007) 79:1–10

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



HOSPITAL DR. JOSÉ BERNARDINO/ HOSPITAL
REGIONAL DE BALSAS-MA

Avenida 02, Lote 107, Bairro Cohab I, s/n – 065800000

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Balsas – MA, 22 / 01 / 2021

Eu, Eliabe Wanderley da S. Aguiar, Diretor Geral do Hospital Dr. José Bernardino/ Hospital Regional de Balsas- MA, declaro que autorizo a execução do projeto de pesquisa intitulado “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS INTERCORRENCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO”, sob a responsabilidade da pesquisadora participante Marcia Eduarda Rios Rodrigues, discente da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) – Centro de Estudos Superiores de Balsas (CESBA), sob orientação da pesquisadora responsável Profa. Jaiane de Melo Vilanova, com o objetivo de Investigar o conhecimento e prática dos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Cuidado Convencional Neonatal através de uma entrevista com perguntas abertas no Hospital Regional de Balsas- MA.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Jaiane de Melo Vilanova
Profa. Jaiane de Melo Vilanova
CPF: 002.979.893-08
COREN-MA: 292.292

Eliabe Wanderley da Silva Aguiar
Dr. Eliabe Wanderley da S. Aguiar
Diretor Geral do Hospital Regional de Balsas

Eliabe Wanderley da Silva Aguiar
Hospital Regional de Balsas
Diretor Geral
CPF: 2002

ANEXO C – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: JAIANE DE MELO VILANOVA			
6. CPF: 002.979.893-08	7. Endereço (Rua, n.º): RUA DO CRUZEIRO TREZIDEIRA CASA BALSAS MARANHÃO 65800000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 99988181516	10. Outro Telefone:	11. Email: jai_vilanova@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>22 / 02 / 2021</u>		<u>Jaiane de Melo Vilanova</u> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO	13. CNPJ: 06.352.421/0001-68	14. Unidade/Órgão:	
15. Telefone: (99) 3521-3938	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Luciano Fagundes Marques</u>		CPF: <u>780.356.513-15</u>	
Cargo/Função: <u>Dirutor de Cursos Balsas</u>		<u>Prof. Dr. Luciano Fagundes Marques</u> Dirutor CESBA/UEMA Prc. 069/2019.GR/UEMA	
Data: <u>22 / 02 / 2021</u>		Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			