



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

AKYSON ZIDANE MERCA SILVA

**PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: VALIDAÇÃO
DE TECNOLOGIA**

BELÉM
2019

AKYSON ZIDANE MERCA SILVA

**PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS: VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para avaliação final, como requisito para obtenção do título de Bacharelado e Licenciatura plena em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará – UFPA, orientado pela Prof^a. Dr^a Andressa Tavares Parente.

BELÉM
2019

AKYSON ZIDANE MERCA SILVA

**PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS:VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para avaliação final, como requisito para obtenção do título de Bacharelado e Licenciatura plena em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará – UFPA, orientado pela Prof^ª Dr^ª: Andressa Tavares Parente.

Data da apresentação: ___/___/ 2019

Banca Examinadora

_____ - Orientadora

Prof.^ªDra. Andressa Tavares Parente
Universidade Federal do Pará

_____ - Avaliador (a)

Prof.^ª Ma.Geyse Aline Rodrigues Dias
Universidade Federal do Pará

_____ - Avaliador (a)

Esp. Alexandre Aguiar Pereira
Saúde da Mulher e da Criança FSCMPA/UEPA

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

Sou grato primeiramente a Deus, provedor de tudo que eu tenho, tudo que eu sou e do amor que eu recebo de todas as pessoas que cativei durante minha existência.

À minha mãe, Danieli e meu pai Jorge Alex que sempre preocuparam-se com a minha formação profissional e pessoal, bem como minha avó Ana Maria e minhas tias Deise e Denise que me deram apoio de diversas maneiras para que eu seguisse meus objetivos.

Ao meu irmão, Pedro com quem tenho uma imensa parceria e amor, sendo um dos meus pilares e a pessoa que faz meus dias serem mais leves.

À minha admirada orientadora, Andressa Parente por ser meu espelho de profissional, por ter permitido com que eu conhecesse e me apaixonasse pela pediatria, além de todos os esforços realizados para possibilitar o desenvolvimento desta pesquisa.

A Adrielle França, Bárbara Coelho, Gabriella Martins, Kevin Rodrigues e Yanka Fontel que tornaram-se minha segunda família, compartilharam diversas experiências dentro da universidade e me tornaram uma pessoa melhor, além de terem me ajudado a não enlouquecer nos momentos mais difíceis.

A Bárbara Hochtamy, Hugo Brito, Márcio Affonso, Paulo Nascimento por serem grande amigos que sempre estiveram ao meu lado e me apoiaram em todas as minhas decisões e projetos.

A Wellison Machado por ser um companheiro inigualável e uma das pessoas que mais se preocuparam com o meu sucesso, não medindo esforços para me auxiliar em todas as dificuldades especialmente no período de desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores e à Universidade Federal do Pará que foram marcos na minha vida pessoal e acadêmica, por terem contribuído fortemente para o meu amadurecimento, por todo o conhecimento científico adquirido, pelas oportunidades que recebi mas principalmente por todas as experiências que me fizeram ser a pessoa de hoje.

E a todos os meus familiares e amigos que sempre me acompanharam e que de alguma forma me ajudaram a chegar até aqui.

Akyson Zidane Merca Silva

RESUMO

Os recém-nascidos pré-termo formam um público que merece atenção especial pelos profissionais de saúde, uma vez que possuem chances muito maiores de desenvolverem comorbidades capazes de afetar sua saúde de forma permanente e até levá-los a óbito. Diante disto, o Ministério da Saúde preconiza medidas humanizadas por meio do Método Canguru, para que os neonatos recebam assistência adequada para a preservação de seu desenvolvimento. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um dos ambientes essenciais aos cuidados com este público e dispõe de equipe e materiais especializados para tal assistência. O estudo buscou validar um protocolo de cuidados para recém-nascidos prematuros, com base nas orientações do Método Canguru. Trata-se de uma pesquisa do tipo metodológica, descritiva, de natureza quali-quantitativa sobre a validação de um protocolo assistencial. Participaram da pesquisa 28 juízes, entre enfermeiros, médicos e fisioterapeutas que possuem experiência, conhecimento e atuam na área da neonatologia e do Método Canguru. Estes atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo após a apresentação do TCLE. Foi entregue aos participantes o kit validação, contendo carta convite, TCLE em duas vias, o protocolo e o instrumento de avaliação da tecnologia assistencial. Entre os 28 juízes, 23 deles são enfermeiros, com média de 14 anos de atuação no ambiente neonatal. Os dados foram coletados por meio de um instrumento avaliativo composto pelo perfil profissional e avaliação do protocolo, seguindo a escala de Likert. A coleta ocorreu durante os meses de maio e junho de 2019. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados referentes à avaliação contidos no instrumento avaliativo foram organizados em planilha através da utilização do *software Microsoft Excel 2007*, em seguida analisados e dispostos em tabelas. A maioria dos juízes (89,2%) eram do sexo feminino, possuíam média de 43 anos de idade, sendo 82,1% enfermeiros e 78,5% especialistas em neonatologia. Os resultados indicaram excelentes IVC em relação aos domínios, agregando o valor de 0,91 ao IVC geral da tecnologia. O domínio “Objetivos” apresentou obteve IVC de 0,94; Estrutura e Apresentação obteve 0,86 com destaques para os itens “Cientificismo” e “Referências” que apresentaram o menores índices, indicando a necessidade de revisão e possível atualização de informações científicas contidas no protocolo; e 0,94 em Relevância, onde houveram declarações que ressaltaram a importância deste tipo de pesquisa e da criação de tecnologia para a saúde. Diversas contribuições foram realizadas a fim de melhorar o conteúdo do protocolo, que foram analisadas e serão utilizadas no aprimoramento visando sua introdução na instituição. Diante dos achados, o protocolo foi considerado válido para a utilização.

Descritores: Estudos de validação. Pesquisa Metodológica em Enfermagem. Recém-Nascido Prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Preterm newborns are an audience that deserves special attention from health professionals, since they are much more likely to develop comorbidities that can permanently affect their health and even cause them to die. Given this, the Ministry of Health recommends humanized measures through the Kangaroo Method, so that newborns receive adequate assistance to preserve their development. The Neonatal Intensive Care Unit is one of the essential environments for caring for this audience and has specialized staff and materials for such care. The study sought to validate a care protocol for premature newborns based on the Kangaroo Method guidelines. This is a methodological, descriptive, qualitative and quantitative research on the validation of a care protocol. Twenty-eight judges participated in the research, including nurses, doctors and physiotherapists who have experience, knowledge and work in the area of neonatology and the Kangaroo Method. They met the inclusion criteria and agreed to participate in the study after the presentation of the informed consent form. The participants were given the validation kit, containing invitation letter, two-way IC, the protocol and the assessment tool for assistive technology. Among the 28 judges, 23 of them are nurses, with an average of 14 years of experience in the neonatal environment. Data were collected through an evaluative instrument composed by the professional profile and protocol evaluation, following the Likert scale. The collection took place during the months of May and June of 2019. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Santa Casa de Misericórdia do Pará Foundation, according to the Resolution 466/12 of the National Health Council. contained in the evaluation instrument were organized in a spreadsheet using Microsoft Excel 2007 software, then analyzed and arranged in tables. Most judges (89.2%) were female, had an average of 43 years old, 82.1% nurses and 78.5% neonatology specialists. The results indicated excellent CVI over domains, adding a value of 0.91 to the overall CVI of the technology. The domain "Objectives" presented CVI of 0.94; Structure and Presentation obtained 0.86 with highlights for the items "Scientism" and "References" that presented the lowest indexes, indicating the need for revision and possible updating of scientific information contained in the protocol; and 0.94 in Relevance, where there were statements that stressed the importance of this type of research and the creation of technology for health. Several contributions were made in order to improve the protocol content, which were analyzed and will be used in the improvement aiming at its introduction in the institution. Given the findings, the protocol was considered valid for use.

Descriptors: Validation studies. Methodological Research in Nursing. Premature Newborn. Neonatal Intensive Care Units. Nursing care.

Sumário

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 6 |
| 1.1 | O tema | 6 |
| 1.2 | Justificativa | 7 |
| 1.3 | Problemática | 8 |
| 1.4 | Objetivo geral | 8 |
| 1.4.1 | Objetivos específicos | 8 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 10 |
| 2.1 | O recém-nascido prematuro | 10 |
| 2.2 | O recém-nascido prematuro e a sala de parto | 10 |
| 2.3 | O recém-nascido prematuro e a uti neonatal | 12 |
| 2.4 | O método canguru como base do cuidado | 14 |
| 2.5 | Tecnologias em enfermagem | 16 |
| 2.6 | Tecnologias assistenciais | 17 |
| 3 | METODOLOGIA | 19 |
| 3.1 | Tipo de estudo | 19 |
| 3.2 | Cenário da pesquisa | 19 |
| 3.3 | Sujeitos do estudo | 20 |
| 3.3.1 | Crítérios de inclusão | 20 |
| 3.3.2 | Crítérios de exclusão | 20 |
| 3.4 | Coleta de dados | 20 |
| 3.5 | Análise de dados | 21 |
| 3.6 | Aspectos éticos | 22 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 23 |
| 4.1 | Perfil dos juízes | 23 |
| 4.2 | Avaliação do protocolo assistencial | 25 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 35 |
| | REFERÊNCIAS | 36 |
| | APÊNDICES | 44 |
| | APÊNDICE A | 45 |
| | APÊNDICE B | 46 |
| | APÊNDICE C | 47 |
| | APÊNDICE D | 49 |
| | ANEXO A | 58 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 O tema

A prematuridade é uma condição clínica que acomete crianças nascidas de gravidez com tempo menor que 37 semanas ou que apresentaram peso inferior a 2.500 gramas ao nascer, e requer atenção especializada da equipe assistencial (BRASIL, 2017).

Estudos sobre prematuros indicam maior incidência de complicações nessa população como hipoglicemia, icterícia e distúrbios respiratórios que são reflexos da imaturidade dos seus sistemas, o que gera dificuldade maior em se adaptar à vida extra-uterina quando comparados aos neonatos nascidos a termo (COSTA *et al.*, 2015). O crescimento também pode ser comprometido até a vida adulta. Indivíduos que nasceram com menos de 37 semanas ou com baixo peso (menor que 2.500g) apresentam desvios no padrão de crescimento principalmente no período imediatamente após o parto, antecipação da puberdade e, conseqüentemente, comprometimento da altura adulta (BRASIL, 2017).

Dentro deste contexto, a saúde brasileira investe no “Método Canguru”. Este modelo assistencial começou a ser introduzido no país desde a década de 90, é desenvolvido em 3 etapas, e dentre seus princípios estão: a humanização do cuidado, o favorecimento do vínculo entre mãe e recém-nascido (RN), melhoramento da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido. O Método Canguru hoje, é base para os manuais do Ministério da Saúde, voltados para o cuidado com o recém-nascido prematuro, sendo a utilização deste método, responsabilidade de toda a equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

As unidades de terapia intensiva neonatal, que disponibilizam estrutura, materiais e profissionais especializados para o tratamento do prematuro, exerce papel fundamental nas duas primeiras etapas do método, estimulando o contato direto entre os pais com os recém-nascidos, estimulando a lactação e a participação dos pais no cuidado e propondo a “posição canguru” sempre que possível, além da promoção da estabilidade clínica e do ganho de peso regular (BRASIL, 2017).

Atualmente, no mundo todo, 30 milhões de crianças nascem prematuras ou com baixo peso ou adoecem durante o puerpério. Dentre as 2,5 milhões de mortes neonatais que ocorreram no ano de 2017, 80% foram de recém-nascidos com baixo peso ao nascer e 65% de prematuras. Estes dados divulgados pela *World Health Organization* (WHO) indicam que a prematuridade é um recorrente e grave problema de saúde (WHO, 2018).

No estado do Pará, de acordo com dados do SINASC de 2017, dos 138.684 nascidos vivos no estado do Pará, 11,9% nasceram com idade gestacional inferior a 37 semanas, estando com uma porcentagem ligeiramente maior que a nacional de 10,9% (DATASUS, 2017).

Diante deste cenário, o desenvolvimento de instrumentos que auxiliem nos cuidados prestados a esta população e melhorem sua qualidade de vida são de extrema importância para os serviços de saúde. Os protocolos assistenciais são poderosas ferramentas, pois descrevem minuciosamente linhas de cuidados específicas, agrupando em seu corpo as rotinas e procedimentos relativos a determinada condição de saúde. É capaz de padronizar o cuidado, instruindo os profissionais em todas as etapas necessárias para a realização adequada de cada procedimento (PIMENTA *et al.*, 2015).

1.2 Justificativa

A presente pesquisa é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Aplicabilidade das Ações Cuidativas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Proposta de Protocolo de Intervenção Mínima ao Recém-nascido Pré-termo”, realizada a partir da observação dos cuidados prestados aos neonatos pré-termo pela equipe multiprofissional em unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs) de um hospital de grande porte da região metropolitana do estado do Pará. A primeira etapa da pesquisa compreendeu a observação das ações cuidativas realizadas com recém-nascidos pré-termo e a elaboração do protocolo, sendo prevista como segunda etapa a proposta de um protocolo assistencial validado para ser aplicado nos cuidados ao público em questão.

A assistência voltada a este grupo requer uma grande capacidade de planejar, implementar e avaliar as ações à cada paciente, decisões que podem ser tomadas a partir do auxílio de protocolos e manuais, além do grau de adesão da equipe multiprofissional em relação as boas práticas no cuidado com o neonato. A prematuridade está associada a diversas condições clínicas que definem a sobrevivência, padrão de crescimento e desenvolvimento do RN. Com o aumento de nascimento de RN pré-termo, existe um impacto significativo no custo social, econômico e na mortalidade infantil, tornando-se um importante desafio em garantir uma qualidade de vida aos que conseguem sobreviver, pois alguns apresentam sequelas no desenvolvimento neuropsicomotor (ASSUNÇÃO *et al.*, 2012).

A Instituição em questão, a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, cenário da presente pesquisa, é uma referência estadual no Método Canguru, além de ser um dos hospitais contemplados na região Norte pelo projeto ApiceOn – Aprimoramento e Inovação no

Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, sendo ambos uma iniciativa do Ministério da Saúde, contemplados pela Rede Cegonha, visando impactar positivamente indicadores através da mudança no enfoque assistencial (FSCMPA, 2017b). A proposta do protocolo voltado ao cuidado do neonato pré-termo vem ao encontro das necessidades do hospital.

1.3 Problemática

O déficit na padronização dos procedimentos assistenciais durante a manipulação dos prematuros evidenciados na UTI Neonatal foi o que motivou a pesquisa, pois a rotina de uma UTI neonatal é marcada por procedimentos invasivos de média e alta complexidade, representando fatores de risco para o desenvolvimento dos pacientes críticos (TAMEZ, 2017).

Considerando o perfil assistencial da Unidade Neonatal da FSCMPA descrito no Relatório de Gestão (2016), observou-se que maioria dos recém-nascidos são prematuros e alguns são prematuros extremos, que apresentam internação prolongada associada a necessidade ao ganho de peso, outras por conta de patologias específicas, e rotineiramente são submetidos à procedimentos que os expõe há risco de infecção, o que fatalmente aumenta o tempo de permanência na UTI neonatal (FSCMPA, 2017a).

Propondo estratégia para minimizar esse cenário, a equipe multiprofissional deve utilizar as boas práticas, baseadas em evidências científicas, preconizadas pelo que determina o Método Canguru e estabelecida em protocolo assistencial sobre o manejo de recém-nascidos prematuros, a partir de: julgamentos clínicos baseado em variáveis como peso e idade gestacional; estabelecimento do plano de cuidados e ação conjunta entre a equipe assistencial e os familiares.

Diante das questões apresentadas, apresenta-se a seguinte questão norteadora: A Tecnologia Assistencial elaborada é um instrumento válido e está apropriada para uso pelos profissionais de saúde que assistem o RN prematuro na UTIN?

1.4 Objetivo geral

Validar um protocolo assistencial de cuidados para recém-nascidos prematuros, internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

1.4.2 Objetivos específicos

- Realizar levantamento de referencial teórico em artigos e manuais do Ministério da Saúde para embasar o conteúdo do protocolo assistencial e adequá-lo as evidências elencadas na literatura;

- Analisar o parecer de juízes especialistas sobre a concordância quanto ao objetivo, estrutura e relevância da tecnologia proposta;

- Validar junto a equipe assistencial de prematuros o protocolo assistencial, com vistas à sua aplicação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O recém-nascido prematuro

A prematuridade apresenta-se como uma condição clínica que envolve diversos fatores e condições clínicas que influenciarão fortemente no prognóstico do recém-nascido. A classificação destes neonatos é feita com base na idade gestacional em que o parto ocorreu e apresenta-se da seguinte forma: prematuros tardios são aqueles nascidos entre 34 e 36 semanas e 6 dias; prematuros moderados são aqueles nascidos entre 32 e 33 semanas e 6 dias; muito prematuros são aqueles nascidos entre 28 e 31 semanas e 6 dias; e os prematuros extremos são aqueles nascidos com menos de 28 semanas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Os cuidados específicos ao prematuro iniciam já na sala de parto, logo após a expulsão do recém-nascido pelo organismo materno, quando os profissionais devem tomar rápidas decisões quanto as intervenções necessárias para a sobrevivência deste. Dados da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais mostram que nos anos de 2012-14, mais da metade dos nascidos com muito baixo peso, com idade gestacional entre 23 e 33 semanas e 6 dias, sem malformações, precisaram ser submetidos à ventilação com máscara fácil ou cânula traqueal, 6% destes ainda precisaram de massagem cardíaca e/ou medicações na sala de parto (GUINSBURG; ALMEIDA, 2016). Estudos mostram que estas primeiras intervenções interferem diretamente na melhora da vitalidade de recém-nascidos, ainda assim esta melhora apresenta-se diretamente proporcional à idade gestacional (BOUZADA *et al.*, 2018).

Essas intervenções estão relacionadas com a imaturidade anatômica e fisiológica dos pulmões, que só estariam em condições adequadas para funcionar normalmente a partir das 35 semanas de gestação. A síntese de surfactante também é necessária para função respiratória e ocorre somente a partir da 23^a à 24^a semana. Desta forma, os recém-nascidos pré-termo estão mais expostos a ocorrências de complicações como membrana hialina e a hemorragia pulmonar (SOUSA *et al.*, 2017).

A realidade do prematuro exige o trabalho especializado de uma equipe treinada para atender imediatamente o recém-nascido a fim de prevenir complicações e diminuir os índices de morbimortalidade neonatal. Logo, é necessário que os profissionais recebam treinamento com informações padronizadas, além da parte prática e teórica sobre as bases destes primeiros cuidados, priorizando a atualização das técnicas e seus fundamentos (TAMEZ, 2017).

2.2 O recém-nascido prematuro e a sala de parto

Os cuidados realizados em sala de parto devem objetivar a sobrevivência do recém-nascido que precisa de auxílio para realizar sua transição da vida intra para a extra-uterina. O grupo assistencial composto precisamente por um neonatologista, um fisioterapeuta respiratório e a equipe de enfermagem da UTI neonatal devem agir de forma integrada e se preocupar com a preparação do ambiente, materiais e planejamento de acordo com o histórico clínico de cada gestação, pois cada um destes fatores terá impacto sobre a terapêutica do recém-nascido. Eles devem possuir treinamento e terem conhecimento teórico e prático a respeito das intervenções específicas a serem prestadas no momento do parto e durante a estabilização do prematuro (TAMEZ, 2017).

O sistema respiratório é um dos pontos que exigem atenção majoritária da equipe. Uma pesquisa realizada no estado de São Paulo apontou que dos 14.597 óbitos neonatais precoces, 2.873 eram evitáveis e ocorreram por asfixia neonatal (DARIPA *et al.*, 2013). Portanto avalia-se o funcionamento do aparelho respiratório através da presença de choro ou movimentos respiratórios para sinalizar a necessidade de intervenções, como a aspiração e a ventilação por pressão positiva (GUINSBURG; ALMEIDA, 2016).

Uma das principais consequências da imaturidade pulmonar é a falta da liberação de surfactante pelas células do tecido pulmonar que só começam a ocorrer de maneira adequada por volta da 31ª semana de gestação. Na ausência deste composto, os pulmões não conseguem desenvolver as condições ideais para seu pleno funcionamento, o que pode gerar complicações como a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), geralmente relacionados a áreas de atelectasia ou formação de edema pulmonar (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004).

O controle da temperatura também é uma das maiores preocupações durante a estabilização do recém-nascido. A temperatura corporal que pode diminuir facilmente, tornando comum os quadros de hipotermia. Esta complicação ocorre quando a temperatura do neonato está abaixo do padrão de normalidade que seria entre 36,5 e 37°C, e advém de fatores como a quantidade diminuída de gordura subcutânea em relação a um neonato a termo, controle vasomotor ineficiente e epiderme subdesenvolvida (BALBINO *et al.*, 2013).

Segundo Pinheiro (2018), a hipotermia não necessita de estudos para definir quais intervenções termorreguladoras são eficazes, partindo do pressuposto de que o aumento da temperatura pode ser obtido através da exposição a qualquer fonte de calor exotérmica, bem como a diminuição pode ser obtida com qualquer intervenção que reduza a perda de calor. Entretanto, é necessário tomar conhecimento da aplicação correta dos princípios básicos da

termodinâmica. Portanto, a preparação da equipe, dos materiais e do próprio ambiente deve ser realizada com base nestes conhecimentos.

2.3 O recém-nascido prematuro e a uti neonatal

A Unidade Neonatal deve dispor de pessoal qualificado e propor uma assistência contínua com o uso de aparelhos modernos, utilizados para manter a sobrevivência do paciente, exigindo dos seus profissionais alto nível de conhecimento e experiência, além de agilidade e atenção rigorosa durante a prestação da assistência (AGUIAR *et al.*, 2012).

Após a estabilização do prematuro em sala de parto, ele é encaminhado para a unidade de terapia intensiva neonatal, sendo os cuidados com sua estabilização continuados. Um estudo de Sousa *et al.* (2017) com 158 recém-nascidos de extremo baixo peso ao nascer, mostrou que a frequência de hipotermia chega a 50,3% em UTIs neonatais. Desta forma, durante a internação na unidade, o recém-nascido deve estar acomodado em berço de calor irradiante ou incubadora devidamente aquecida, respeitando os cuidados relacionados a sua termorregulação.

Tendo em vista que a hipotermia pode agravar o quadro clínico destes pacientes, os profissionais devem lançar mão de vários métodos para a promover a estabilização da temperatura corporal. O controle da umidade é um destes métodos, sendo capaz de ajudar a regulação da temperatura além de diminuir as perdas hídricas por evaporação e promover ganho de peso, quando mantida em altos níveis. Estudos consideraram a umidade mantida em cerca de 80% como geradora destes benefícios, tendo efeitos como diminuição da necessidade de hidratação do neonato, gerando maior equilíbrio eletrolítico além da manutenção do peso, principalmente naqueles com menos de 750g (NAKA; FREIRE; SILVA, 2016).

A umidade relativa interna da incubadora é outro fator que contribui para termorregulação, sendo sua utilização definida de acordo com a idade gestacional e peso da criança. Entretanto, esta prática acaba expondo o recém-nascido a riscos mais elevados de infecções, através da ambientação muito úmida que propicia a proliferação microbiana (NAKA; FREIRE; SILVA, 2016). Deste modo, tornam-se necessários cuidados específicos com RN a fim de prevenir a sepse, entre outras complicações referentes à infecção, principalmente em relação a higienização das mãos.

As técnicas de higienização das mãos são de extrema importância no auxílio ao controle de infecção dos hospitais. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) mantém a atualização das técnicas de higienização constantes, a fim de padronizar a sua realização nos serviços de saúde, para reduzir as taxas de infecção. Entretanto, alerta-se que a

adesão dos profissionais quanto as técnicas indicadas é baixa, em torno de 28% a 62%. Estudos relacionam a utilização adequada de soluções alcoólicas (Clorexidina 2% e Álcool 70%) como práticas que diminuem a taxa de sepse tardia em pré-termos de extremo baixo peso ao nascer (BENTLIN; RUGOLO; FERRARI, 2014).

Outro domínio que tem relação com a incidência de processos infecciosos nas UTIs neonatais é o de cuidados com dispositivos venosos. A inserção de cateteres venosos centrais nestes ambientes, é realizada predominantemente em recém-nascidos prematuros, pois estes necessitam de uma terapia intravenosa prolongada, com infusão de soluções hipertônicas e nutrição parenteral. Entretanto, os riscos existem e variam de acordo com a modalidade de acesso venoso principalmente quanto ao tempo em que o dispositivo fica instalado. Desta forma, a vigilância deve ser mantida de forma rigorosa, deve haver preocupação com a limpeza do local de inserção e da extensão do dispositivo, além de manter os cuidados para evitar obstrução, o que envolve não apenas o controle de infecção, mas a manutenção para que o dispositivo funcione corretamente (GOMES; NASCIMENTO, 2013).

A utilização de dispositivos venosos também está intimamente relacionada aos cuidados demandados à pele do neonato. Este pode ser considerado um dos maiores domínios de cuidados prestados durante a internação, pois a pele exerce importantes funções para sua sobrevivência, entre elas está a proteção contra agressores externos, a termorregulação, o controle da perda de água transepidermica e o equilíbrio eletrolítico. Todavia, estas funções apresentam-se de maneira limitada em razão da estrutura tecidual incompleta como a diminuição da quantidade de células promotoras de elasticidade, causada pela prematuridade. Esta condição favorece a maior absorção de substâncias aplicadas, colonização e conseqüente risco de infecção, além de aumentar a perda de água transepidermica o que expõe o prematuro à perda lábil de temperatura (AREDES; SANTOS; FONSECA, 2017).

Algumas condições específicas da pele prematura devem ser consideradas durante a realização dos procedimentos que envolvam este órgão. Uma destas é o manto ácido da pele, mecanismo que mantém o pH cutâneo em torno de 4,95, sendo uma barreira química e biológica que protege contra a penetração de microorganismos. Portanto, a escolha de qualquer produto a ser aplicado na pele do recém-nascido deve considerar a utilização de soluções que possuam pH semelhante e não interfira no manto ácido da pele (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2015).

A dor é um fator comum para a internação do neonato, estando relacionada a procedimentos rotineiros e ao ambiente da UTI neonatal. Pesquisas mostram que quanto menor a idade gestacional do recém-nascido, maior será o número de procedimentos

dolorosos aos quais ele será submetido. Destaca-se que a estimulação da dor pode ser prejudicial ao desenvolvimento da criança em todos os seus estágios (LINHARES, 2016). Desta forma, os cuidados para avaliação e manejo da dor são necessários para proteger o desenvolvimento neuropsicomotor além de prevenir as comorbidades associadas às respostas fisiológicas associadas ao estresse gerado (LOTTO; LINHARES 2018).

De forma geral, o enfoque dos cuidados prestados na UTI neonatal é a estabilização fisiológica do recém-nascido. O ambiente também precisa ser preparado pois os ruídos repentinos e constantes, a iluminação intensa, os procedimentos dolorosos e o estresse são alguns dos fatores que desfavorecem o desenvolvimento cerebral, ocular e auditivo do neonato. O planejamento e a organização da unidade, bem como a preparação de materiais e pessoal, devem possuir enfoque na proteção neurológica, ajudando o desenvolvimento neuropsicomotor destes bebês que tiveram seu processo normal de maturação neurológica intra-uterino interrompido (TAMEZ, 2017).

2.4 O método canguru como base do cuidado

A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso, Método Canguru, vem trazendo avanços e melhorando a qualidade da assistência prestada a este público desde que foi publicada pelo Ministério da Saúde em 2000, impactando de forma positiva nos indicadores de saúde perinatal. A posição “Mãe Canguru” que dá nome ao método, foi idealizada na Colômbia em 1979 pelos médicos ReysSanabria e Hector Martinez, e consistia em manter o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido prematuro a fim de promover o vínculo afetivo, a estabilização da temperatura e melhorar o desenvolvimento do neonato. O método começou a ser implantado no Brasil desde o início da década de 90, culminou em várias pesquisas, desenvolveu-se e finalmente foi estabelecido como política nacional de saúde em 5 de julho de 2000, por meio da portaria GM n°693 (SANCHES *et al.*, 2015).

A implantação do Método Canguru no país advém de questionamentos e inquietações quanto ao modelo tecnicista, baseado na repetição de técnicas sem a preocupação de haverem evidências científicas que comprovassem a eficácia destas. O método então veio se aperfeiçoando ao passo que a humanização foi se consolidando como uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) e apontou para a necessidade de requalificação dos hospitais públicos com o intuito de aprimorar a relação entre profissionais e usuários, gerando grandes mudanças nas organizações hospitalares ao longo da década. Desta forma, os serviços de neonatologia que se preocupavam em manter as boas práticas e a excelência clínica transformaram suas

estruturas e seus processos, adaptando-os às melhores técnicas do cuidado, e mobilizaram-se para contribuir com a formação de profissionais com experiência nestas práticas (BRASIL, 2017).

O Método Canguru reúne estratégias para gerar uma ambiência que favoreça o cuidado ao prematuro e à sua família, promovendo a participação desta instituição nos cuidados neonatais. Portanto as práticas diminuem o tempo de separação entre mãe/pai-filho, facilitando seu vínculo afetivo, estimula o aleitamento materno, contribui para a redução do risco de infecção hospitalar reduz o estresse e a dor e, conseqüentemente, melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2017).

A aplicação do método ocorre em três etapas, sendo que cada uma ocorre em um ambiente assistencial diferente. Os cuidados prestados na UTI neonatal estão inseridos na 1ª etapa, onde os profissionais têm entre suas principais atribuições o incentivo da participação da família neste ambiente, promovendo o acesso destes a qualquer momento do dia na unidade, orientando quanto a estimulação da visita de outros membros da família e do contato pele a pele. Também é função da equipe propiciar um ambiente acolhedor aos familiares, oferecer apoio e suporte a amamentação, além da intervenção no ambiente para diminuir os diversos estímulos luminosos, sonoros e olfativos (BRASIL, 2017).

O foco nos cuidados com a estimulação sensorial que o recém-nascido recebe durante sua internação torna-se necessário quando se analisam os impactos que a prematuridade causa no desenvolvimento neuropsicomotor à longo prazo. Estudos apontam que de 30 a 50% de crianças que nasceram prematuras, apresentam dificuldades motoras, cognitivas e comportamentais sutis detectadas em idade pré-escolar (PESSOA *et al.*, 2015).

A diminuição das taxas de Hemorragia Intracraniana (HIC) em neonatos é mais um dos focos de cuidados preconizados pelo Método Canguru. Este problema tem incidência maior em pré-termos e possuem fortes relações com danos neurológicos, sendo a principal causa de morte encefálica neste grupo. O primeiro dia de vida é o período que apresenta maior número de ocorrências de HIC e é quando se deve ter o maior cuidado com os aspectos circulatórios do recém-nascido (SILVA *et al.* 2015).

Os procedimentos dolorosos e o manuseio excessivo são fatores capazes de alterar a circulação fisiológica do recém-nascido prematuro que apresenta dificuldades em mantê-la de forma adequada. A partir disto, a UTI neonatal do Hospital Southern Regional Medical Center, localizado nos Estados Unidos, desenvolveu um protocolo de toque mínimo a fim de minimizar as alterações no fluxo sanguíneo para o cérebro, evitando a ocorrência das HICs. Os cuidados sinalizam um tempo mínimo de 8 horas de intervalo entre manuseios para que o

sono e conforto sejam preservados, diminuindo o estresse causado ao recém-nascido. A postura alinhada, a posição decúbito dorsal e a elevação da cabeceira da incubadora em 30° também são preconizadas para que haja melhor estabilidade do fluxo sanguíneo cerebral (TAMEZ, 2017).

Salvo as indicações para restrição de manuseio, o toque pode ser utilizado como uma ferramenta terapêutica capaz de estabilizar parâmetros vitais, sendo um forte método não farmacológico de alívio da dor, o que o torna uma eficiente estratégia de humanização (RAMADA; ALMEIDA; CUNHA, 2013). Estas propriedades corroboram com o pilar do Método Canguru – o contato pele a pele – que quando inserido na rotina de procedimentos da UTI neonatal, ameniza as desordens fisiológicas causadas pelo manuseio do recém-nascido, havendo redução nos escores de dor e na alteração da frequência cardíaca, por exemplo (LOTTO; LINHARES, 2018).

Desta forma, o Ministério da Saúde preconiza que já na 1ª etapa do Método Canguru, durante a internação na UTI neonatal, as estratégias de humanização sejam articuladas para que haja promoção das ações de aproximação da família com o ambiente assistencial. O aleitamento materno e a posição canguru devem ser estimulados sempre que possível, mas respeitando os limites clínicos e fisiológicos do recém-nascido (BRASIL, 2017).

2.5 Tecnologias em enfermagem

Comumente, as tecnologias apresentam-se como objetos e recursos que têm a função de aumentar e melhorar os serviços assistenciais através da prática em saúde. Na atual perspectiva global, as grandes instituições as utilizam em sistemas que geram integração a um objetivo de potencializar a eficiência e a racionalidade. Possuindo a capacidade de alterar a realidade de onde for utilizada, a tecnologia pode modificar as formas de relação entre as pessoas e seus pensamentos (MARTINS; DAL-SASSO, 2008).

No campo da enfermagem, as tecnologias podem influenciar fortemente o processo de trabalho, sistematizando a aplicação dos conhecimentos científicos a fim de atender melhor o ser humano. Entretanto, o enfermeiro precisa reconhecer seu papel no manuseio das tecnologias de forma que não haja desequilíbrio entre este uso e a função que deve ser designada pelo profissional. Há que se atentar também para a adequação na utilização delas visto a complexidade para a realização das atividades assistenciais (PEREIRA *et al.*, 2013).

As tecnologias em saúde são divididas de acordo com sua área de atuação, desta forma temos as tecnologias gerenciais que estão voltadas para a administração dos serviços e visam otimizar os processos de trabalho, sendo exemplo os manuais e rotinas institucionais; as

tecnologias educacionais cujo foco está no desenvolvimento dos processos educativos favorecendo a construção do conhecimentos, tendo como exemplo as cartilhas e folhetos; e as tecnologias assistenciais que reúnem conhecimentos técnico-científicos de forma sistemática, processual ou instrumental para promover a qualidade da assistência como protocolos assistenciais, teorias e escalas (SILVA *et al.*, 2019).

As tecnologias também podem ser classificadas entre leves que envolvem as relações do tipo produção de vínculo; leve-duras que envolvem saberes estruturados como clínica médica e epidemiologia; e duras que são os materiais concretos como normas e máquinas. Estes três tipos estão comumente dispostos e inter-relacionados nos serviços de saúde de forma a contemplar as necessidades do usuário (PEREIRA *et al.*, 2013).

A utilização de tecnologias na enfermagem vem crescendo nos últimos anos devido as modificações que as demandas do cuidado estão passando. A utilização destas ferramentas como produto baseia-se na construção de materiais, a partir da reunião de conhecimentos técnico-científicos visando a intervenção nas dificuldades funcionais inerentes às práticas que permeiam a assistência. Ressalta-se a necessidade de valorizar a humanização como forma de não permitir o distanciamento entre o profissional e as reais carências do paciente e sua realidade (AQUINO *et al.*, 2010).

2.6 Tecnologias assistenciais

As tecnologias assistenciais são criadas a partir de pesquisas e de experiências cotidianas que reúnem conhecimentos técnico-científicos para estruturar uma base de ações sistematizadas a fim de prestar assistência qualificada ao paciente, abrangendo todas as suas dimensões. É importante salientar que este tipo de tecnologia deve proporcionar a interação das percepções do profissional quanto a realidade do paciente, gerando reflexão durante o planejamento da assistência (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Atualmente, a utilização de protocolos por instituições de saúde buscam a excelência dos serviços prestados e a valorização da segurança do paciente. Assim, a utilização destas tecnologias torna-se pertinente e vem auxiliando cada vez mais no gerenciamento e a organização do trabalho da enfermagem. Entretanto, existem alguns entraves quanto a sua utilização justamente pela falta de acesso destes materiais que podem ser encontrados engavetados ou arquivados em computadores pelo desinteresse dos profissionais quanto a sua aplicação (KRAUZER *et al.*, 2018).

Uma das competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro é a liderança. Este fator implica na preocupação do profissional em construir ferramentas

gerenciais que melhorem o trabalho da equipe como um todo, sendo a comunicação umas das maiores preocupações durante a construção de tecnologias, pois a integração só é alcançada quando há entendimento por todos os que utilizarão o recurso, além de gerar aproximação de toda a equipe multiprofissional (TREVISIO *et al.*, 2017).

Diante da preocupação de se construir uma tecnologia que apresente resultados eficazes, A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde destaca a importância de mantê-las coerentes quanto às evidências científicas, além da verificação de atributos como segurança, efetividade e impactos éticos e sociais inerentes à sua utilização. Portanto, o processo de validação é uma etapa importante para que a tecnologia seja avaliada por um público apoderado dos conhecimentos específicos da área de atuação, de forma que seja avaliada a adequação do protocolo tanto à base teórica quanto às necessidades da rotina da UTI neonatal (BRASIL, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo metodológica, descritiva, de abordagem quali-quantitativa. Este tipo de estudo possibilita a utilização de métodos que organizam e selecionam dados para validar e avaliar um instrumento de modo que se produza um constructo fidedigno e preciso com possibilidade de replicação por outros profissionais. A pesquisa metodológica é atribuída à elaboração de novas intervenções ou ao melhoramento das pré-existentes. Desta forma busca-se desenvolver, avaliar e validar ferramentas de pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Segundo Prodanov (2013), a abordagem descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

A pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem que descreve as causas de um fenômeno, estabelecendo uma relação entre o modelo teórico proposto e os dados observados no mundo real (TEIXEIRA, 2012).

A pesquisa qualitativa por sua vez, permite o trabalho com dados não passíveis de quantificação, levando em consideração uma série de significados e motivos que correspondem a um espaço mais amplo de processos e fenômenos que não seriam evidentes com a utilização somente de variáveis (MINAYO, 1993).

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), localizada na cidade de Belém/PA, Rua Bernal do Couto, Bairro Umarizal, nº 1040. A FSCMP é um órgão de administração indireta, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública. Foi certificada como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial MS/MEC nº 2378 de 26 de outubro de 2004 e efetivado seu processo de contratualização junto ao SUS por meio da Portaria 2.859/MS, de 10 de novembro de 2006.

A Unidade Neonatal da Santa Casa é referência para atendimento de recém-nascido de alto risco e recebe pacientes de todos os municípios do Estado do Pará. A clínica conta com 60 leitos de UTI neonatal, 67 leitos de UCI convencional e 16 leitos de UCI canguru, todos dispostos no prédio Almir Gabriel. É um hospital Amigo da Criança e sua assistência está pautada no Método Canguru para o atendimento humanizado ao público neonatal (FSCMPA, 2017).

Considerando o perfil assistencial da Unidade Neonatal da FSCMP, observa-se que a maioria dos recém-nascidos são prematuros e alguns são prematuros extremos. Em 2012, contabilizou-se 603 nascimentos por mês, totalizando 7.236 nascimentos ao ano, 36 % deles pré-termo (PEREIRA, 2016). Segundo o Relatório de Gestão da FSCMP (2017) foram admitidos no Setor de Neonatologia 2.607 recém-nascidos no ano de 2016.

3.3 Sujeitos do estudo

Participaram da pesquisa 28 juízes, entre enfermeiros, médicos e fisioterapeutas que possuem experiência e conhecimento na área da neonatologia e do Método Canguru. A amostra inicial eram 31 participantes, porém, o estudo ocorreu efetivamente com 28 deles.

3.3.1 Critérios de Inclusão:

Foram incluídos no estudo enfermeiros, médicos e fisioterapeutas que atuam diretamente na UTI neonatal e nas etapas do Método Canguru, com no mínimo 2 anos na assistência neonatal, sendo solicitado o título de especialista em neonatologia ou em áreas afins.

3.3.2 Critérios de exclusão:

Profissionais que após a leitura do TCLE não manifestaram interesse em participar da pesquisa ou que aceitaram, mas não devolveram o instrumento avaliativo preenchido.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho/2019. Primeiramente, buscou-se a definição do perfil dos juízes, de acordo com os critérios de inclusão. A obtenção dos dados dos profissionais foi realizada a partir do preenchimento de um formulário estruturado, disposto na primeira parte do instrumento avaliativo (APÊNDICE C). Inicialmente, o pesquisador apresentou o projeto aos juízes selecionados, com intuito de explicar o processo de validação, e em seguida realizou-se o convite para participação. Nesse momento, foram informados detalhadamente que avaliariam o protocolo assistencial, posteriormente preencheriam o instrumento avaliativo, respondendo às questões para investigar o perfil dos juízes, realizar o julgamento de cada critério avaliativo segundo a escala de Likert e fazer as considerações que julgassem necessárias ao protocolo. Após o aceite foram entregues duas vias do TCLE para leitura e assinatura e os kits contendo uma carta-convite, uma cópia do

protocolo assistencial e uma cópia do instrumento avaliativo. Foi negociado um período de avaliação de acordo com as necessidades de cada juiz com média de sete dias, para que a avaliação pudesse ser feita de forma minuciosa.

Após o período marcado para realização da avaliação, os juízes foram contatados para que houvesse a coleta do instrumento e do TCLE por meios virtuais ou físicos. A maioria dos juízes fez a devolução de forma presencial e puderam verbalizar e debater suas considerações à respeito do protocolo, ainda assim precisaram registrá-las de forma escrita no instrumento para posterior análise.

3.5 Análise dos dados

Após o recebimento do instrumento, foi realizada a leitura de todas as informações contidas e cada questionário recebeu um código para que suas informações não houvesse identificação dos participantes. Os registros foram organizados em planilhas eletrônicas utilizando o *software Microsoft Office Excel*, versão 2007. As informações foram interpretadas baseando-se principalmente na utilização do cálculo do IVC, obtido através da aplicação da escala de Likert adaptada à metodologia utilizada.

A escala de Likert é um modelo de escala de resposta psicométrica sendo utilizada geralmente em questionários. A utilização desta escala foi descrita por Rensis Likert através de um relatório publicado, recebendo o nome de seu autor. É a escala mais utilizada nas pesquisas de opinião. Ao responderem um questionário fazendo uso desta escala, os participantes especificam seu grau de concordância com determinada afirmação(LIKERT, 1932).A escala em questão permite realizar classificação através da adoção de numeração que sinaliza graus de concordância, expressando um ponto de vista sobre determinado tópico.

Desta forma, os juízes utilizaram uma numeração que varia de 1 a 4 e expressam sua concordância a respeito de cada critério disposto no instrumento de avaliação para julgar o conteúdo do protocolo assistencial. O número 1 é utilizado para considerar um item “Totalmente Adequado”, o número 2 para “Adequado”, o número 3 para “Parcialmente Adequado” e o número 4 para “Inadequado”, de forma que os dois primeiros apresentem concordância positiva e os dois últimos, concordância negativa (LIKERT, 1932).

Não há consenso na literatura para se avaliar um instrumento como um todo. Portanto é importante que os pesquisadores descrevam como o cálculo foi realizado. Dentre as formas que podem ser usadas, considerou-se a média dos valores dos itens calculados separadamente, somando-se todos os IVC calculados separadamente e dividindo-se pelo número de itens considerados na avaliação. Finalmente, a última forma seria dividir o número total de itens

classificados como relevantes pelos juizes pelo número total de itens. Autores defendem que no processo de avaliação dos itens individualmente, deve-se considerar o número de juizes. No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

3.6 Aspectos éticos

Este estudo foi embasado na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa com seres humanos e orienta quanto ao seu desenvolvimento. Também se tomou como base a Resolução nº 510/2016, que assegura o direito do participante de ser informado sobre a pesquisa.

Para sua realização, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), sendo aprovado sob o parecer nº 2.775.35 e CAAE: 92469018.3.0000.5171 (ANEXO A). Para os profissionais foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A), para que fossem esclarecidos sobre a pesquisa e manifestassem seu aceite por escrito.

No que concerne a possíveis riscos, entende-se que no caso deste estudo estes foram baixos e diziam respeito a possível quebra de sigilo da identificação dos participantes, bem como o possível constrangimento dos mesmos. Para minimizar o risco de quebra de sigilo dos profissionais foi utilizado o código alfa numérico com a letra J seguida do número de ordem de preenchimento do instrumento avaliativo (J1, J2, J3...).

Quanto aos benefícios, entende-se que a aquisição dessas informações por parte do pesquisador busca validar uma tecnologia capaz de melhorar a assistência prestada pela instituição aos recém-nascidos prematuros, aprimorar o processo de trabalho dos profissionais e impactar de forma positiva nos indicadores da FSCMPA, a partir da introdução em sua rotina.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil do juízes

Dos 31 juízes seleccionados para participar da validação, 30 (96%) aceitaram o convite, mas apenas 28 (90%) preencheram e devolveram o questionário avaliativo. A maioria dos juízes era do sexo feminino (89,2%/25), tinham em média 43 anos de idade, variando entre 26 e 55, possuíam graduação em enfermagem (82,1%/23) e título de especialista em neonatologia (78,5%/22). O perfil dos juízes está apresentado no quadro 1:

QUADRO 1 – Perfil dos juízes

(continua)

| Juíz | Idade | Sexo | Formação | Tempo de trabalho (anos) | Titulação | Área do título |
|------|-------|------|----------|--------------------------|-----------|---|
| 1 | 47 | F | ENF | 25 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 2 | 55 | F | MED | 23 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 3 | 44 | F | ENF | 12 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 4 | 50 | F | MED | 26 | ESP | NEONATOLOGIA/PERINATOLOGIA |
| 5 | 36 | F | ENF | 11 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 6 | 37 | F | ENF | 13 | ESP/MBA | ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR |
| 7 | 37 | F | ENF | 9 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 8 | 47 | F | ENF | 11 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 9 | 42 | F | ENF | 20 | MEST | GESTÃO EM SAÚDE |
| 10 | 40 | F | ENF | 14 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 11 | 43 | F | ENF | 11 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 12 | 36 | M | ENF | 11 | ESP | TERAPIA INTENSIVA/NEONATOLOGIA |
| 13 | 31 | F | ENF | 10 | ESP | NEO/PEDIATRIA/DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS |
| 14 | 36 | F | ENF | 11 | MEST | GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE |
| 15 | 46 | F | MED | 21 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 16 | 45 | F | ENF | 12 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 17 | 55 | F | ENF | 7 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 18 | 50 | F | ENF | 11 | ESP | NEONATOLOGIA/PEDIATRIA |
| 19 | 32 | F | ENF | 11 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 20 | 41 | F | ENF | 16 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 21 | 46 | F | ENF | 12 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 22 | 50 | F | ENF | 11 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 23 | 26 | M | ENF | 2 | ESP | SAÚDE DA MULHER E |

(conclusão)

| | | | | | | CRIANÇA |
|----|----|---|-------|----|-------------------------------------|--|
| 24 | 50 | F | ENF | 20 | ESP | NEONATOLOGIA |
| 25 | 40 | F | ENF | 17 | ESP ¹ /MEST ² | NEONATOLOGIA ¹ /GESTÃO EM SAÚDE: DOENÇAS E AGRAVOS ² |
| 26 | 50 | F | FISIO | 11 | ESP | REABILITAÇÃO EM NEUROLOGIA |
| 27 | 46 | M | FISIO | 23 | DOUT | REABILITAÇÃO DE MOVIMENTOS |
| 28 | 48 | F | ENF | 25 | ESP | NEONATOLOGIA |

Legenda: (F) Feminino; (M) Masculino; (ENF) Enfermagem; (MED) Medicina; (FISIO) Fisioterapia; (ESP) Especialização; (MEST) Mestrado; (DOUT) Doutorado.

O tempo médio de atuação foi de 14 anos e 6 meses, sendo a maioria (85,7%) acima de 10 anos, sendo o mínimo de 2 anos e o máximo de 26 anos. Desta forma, os juízes da amostra apresentam uma considerável experiência profissional, demonstrando qualificação e propriedade para avaliar tecnologias assistenciais que integrem a área em questão.

O alto número de profissionais encontrados na pesquisa majoritariamente do sexo feminino, especialmente na área da enfermagem, corrobora com o estudo de Torres *et al.* (2005), realizado no estado de Rondônia, que indica a não adequação do mercado de trabalho para a presença masculina, mesmo com o crescente interesse deste público na área da enfermagem e as mudanças sócio-culturais que vêm ocorrendo. A predominância do sexo feminino na enfermagem também é encontrada em diversos outros estudos, o que indica o protagonismo das mulheres nos ambientes assistenciais, principalmente na enfermagem, desde os primórdios (CAMELO *et al.*, 2013).

Quanto a formação dos juízes, mesmo que a maioria seja composta por enfermeiros, destaca-se a importância da avaliação da tecnologia por parte dos outros profissionais de nível superior que compõem a equipe multidisciplinar da UTI neonatal, composta por 3 médicos (10,7%) e 2 fisioterapeutas (7,1%), corroborando com a preconização do Método Canguru que visa a integralidade do cuidado através do trabalho conjunto realizado entre a equipe (BRASIL, 2017).

A presença de juízes com especialização em Gestão e Serviços de Saúde (1), Gestão em Saúde (2) e Administração Hospitalar (1) implica na qualidade da validação para que haja atenção especial quanto à avaliação da tecnologia no que diz respeito à sua função modificadora do processo de trabalho inerente aos profissionais da UTI neonatal. Alexandre e Coluci (2011) citam que a experiência e a qualificação dos juízes devem ser consideradas durante a seleção o que torna importante a participação destas especialidades pelo seu conhecimento metodológico sobre a construção de ferramentas assistenciais.

4.2 Avaliação do protocolo assistencial

O protocolo assistencial a ser validado foi apresentado em duas partes. A primeira é composta por um texto introdutório que conceitua a prematuridade de maneira sucinta, bem como explana suas principais implicações à saúde do recém-nascido, importância do MC e o impacto na prática assistencial. A segunda parte contempla o quadro de práticas preconizadas pelo Método Canguru, estando agrupadas em domínios/colunas, denominados “CUIDADOS/PROCEDIMENTOS” seguidas de agrupamentos de orientações específicas para cada cuidado, dispostos na seção “INTERVENÇÕES”. Foi mantida para esta etapa a coluna “FONTES/EVIDÊNCIAS”, para nortear as referências que subsidiaram o protocolo.

Os dados referentes à avaliação contidos no instrumento avaliativo foram organizados em planilha através da utilização do *software Microsoft Excel 2007*, em seguida analisados e dispostos em tabelas.

Os resultados gerais obtidos foram dispostos na tabela 1. Evidencia-se excelente aceitação visto que o IVC manteve-se acima de 0,8 em todos os domínios, com mínimo de 0,86 no domínio 2 – por concentrar a maior parte das sugestões de aprimoramento – e o máximo de 0,94 nos domínios restantes. O protocolo assistencial apresentou IVC geral de 0,91, sendo calculado através da média entre seus 3 domínios.

Tabela 1 – Avaliação geral do IVC do Protocolo por domínio

| Domínios | IVC |
|----------------------------|-------------|
| 1 Objetivos | 0,94 |
| 2 Estrutura e Apresentação | 0,86 |
| 3 Relevância | 0,94 |
| Geral | 0,91 |

Fonte: Coleta de dados do Autor.

Os resultados obtidos sobre a avaliação dos juízes em cada critério foram discriminados de acordo com seu domínio, tiveram seus IVC calculados e estão dispostos nas tabelas a seguir. Os itens foram resumidos correspondentes aos critérios contidos no questionário avaliativo, mantendo-se suas ideias centrais.

O domínio 1 refere-se aos objetivos do protocolo que envolve sua aplicação prática, importância, e possibilidade de aplicação na FSCMPA e em outras instituições. Todos os itens referentes à avaliação do domínio Objetivos apresentaram IVC acima de 0,8 o que configura um valor indicativo de validação para o domínio. Obteve-se o valor mínimo de 0,89 no item

1.4 edestaque para o item 1.2 que obteve índice máximo, indicando que os juízes consideraram o conteúdo do protocolo importante para a assistência prestada ao recém-nascido prematuro.

Tabela 2 – Avaliação do Domínio 1 (Objetivos)

| Itens | Avaliação | | | | IVC |
|---|-------------------------|--------------|---------------------------|----------------|------|
| | Totalmente Adequado (1) | Adequado (2) | Parcialmente Adequado (3) | Inadequado (4) | |
| 1.1 Coerência com as necessidades cotidianas | 21 | 6 | 1 | 0 | 0,96 |
| 1.2 Importância para a qualidade dos cuidados | 24 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| 1.3 Possibilidade de aplicação na rotina da instituição | 16 | 10 | 2 | 0 | 0,92 |
| 1.4-Possibilidade de aplicação em outras instituições | 19 | 6 | 3 | 0 | 0,89 |

Fonte: Coleta de dados do Autor.

Mesmo apresentando IVC indicativo para aprovação, o item 1.4 foi o que mais apresentou discordância. Não foram encontradas colocações específicas sobre este item durante a análise dos instrumentos, porém se considerarmos o fato de que os juízes J1 e J26 concordaram com o item 1.3 e discordaram do 1.4, pode-se deduzir que foram levadas em consideração as especificidades da rotina de cada hospital, de forma que o protocolo precisaria passar por adequações para ser introduzido em outras instituições.

O domínio do protocolo que obteve um dos maiores números de considerações foi o de “CUIDADOS COM DISPOSITIVOS INVASIVOS” especificamente em um trecho que trata da fixação de cateter venoso umbilical com a utilização de fita cirúrgica em forma de ponte. Os juízes relataram desuso desta técnica na unidade da instituição, o que pode ter contribuído para o número de discordâncias com o item 1.3. Algumas considerações estão apresentadas a seguir:

Não se usa mais curativo em C.V.U. (cateter venoso umbilical) para não lesar a pele do R.N. (recém-nascido). (J4).

Item 1.3 considera-se parcialmente adequado somente quanto a fixação do cateter umbilical que (...) não é realizado com fitas, a fim de obtermos uma

visualização da hemorragia quanto a hemorragias e para preservar a integridade da pele peri cateter. (J6).

A única ressalva é acerca do item cuidados com dispositivos invasivos; na fixação de cateter umbilical por ponte com fita cirúrgica; já não é mais utilizado nesta instituição. (J13).

De fato, a utilização de fitas cirúrgicas na pele do recém-nascido pré-termo deve ser utilizada com atenção especial por apresentar um grande potencial lesivo à pele imatura. Entretanto, o Ministério da Saúde (2013) não proíbe a utilização da fixação em ponte, mas contra indica a realização no recém-nascido pré-termo extremo, devendo a fixação ser realizada somente com linha de algodão 3.0 presa ao coto de forma a envolvê-lo do modo bailarina.

O segundo domínio apresentado no instrumento avaliativo divide-se em 9 critérios com o intuito de julgar a estrutura e apresentação da tecnologia, envolvendo diretamente as informações descritas no corpo do protocolo assistencial. A avaliação deste domínio apresenta-se na tabela 3.

Tabela 3 – Avaliação do Domínio 2 (Estrutura e Apresentação)

| Avaliação | | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------|------------|
| Itens | Totalmente Adequado (1) | Adequado (2) | Parcialmente Adequado (3) | Inadequado (4) | IVC |
| 2.1 Clareza e objetividade | 17 | 9 | 2 | 0 | 0,92 |
| 2.2 Cientificismo | 16 | 6 | 6 | 0 | 0,78 |
| 2.3 Compreensão | 14 | 11 | 3 | 0 | 0,89 |
| 2.4 Coerência | 16 | 11 | 1 | 0 | 0,96 |
| 2.5 Concordância e ortografia | 15 | 9 | 4 | 0 | 0,85 |
| 2.6 Linguagem técnica | 17 | 8 | 3 | 0 | 0,89 |
| 2.7 Texto de introdução | 14 | 10 | 4 | 0 | 0,85 |
| 2.8 Contemplação das necessidades assistenciais | 11 | 13 | 4 | 0 | 0,85 |
| 2.9 Referências | 12 | 8 | 8 | 0 | 0,71 |

O item 2.1 apresentou apenas duas discordâncias. Houve sugestão de um juiz para revisão do corpo textual a fim de apresentar as informações de forma mais clara e objetiva:

Os cuidados selecionados foram bem elencados, porém é necessário rever a estrutura geral, coerência e clareza. Sugiro revisão cuidadosa em todos os itens sugeridos no protocolo.(J25).

Outro juiz sugeriu separar os cuidados que são realizados somente em sala de parto e os que são realizados em unidade neonatal, o que também impactaria positivamente na clareza das informações, tendo em vista a divisão das intervenções por ambiente. Entretanto, a maioria dos cuidados deve ser prestada de forma contínua e receber atenção em qualquer ambiente assistencial, a exemplo do ambiente térmico neutro e da higienização das mãos. Este fator inviabilizaria a divisão entre os dois ambientes sugeridos.

O item 2.2 foi um dos que mais sofreu discordância. Diversos juízes relataram a necessidade de revisão das orientações, entretanto não houve nenhuma discordância total (Inadequado – 4). Um dos juízes relatou:

Acredito que alguns procedimentos, condutas e/ou técnicas precisam de abordagem atualizada, porém não diria que torna o protocolo inviável. (J27).

A maioria das considerações realizadas pelos autores que discordaram neste item relatou desatualização de algumas intervenções elencadas o que está diretamente ligada com a ocorrência do menor IVC no item 2.9 que trata da adequação das referências. Durante análise percebeu-se que algumas das alterações propostas estavam mais ligadas à rotina hospitalar do que à sua cientificidade. A outra parte realmente apontou a necessidade de atualização das orientações contidas e determinados domínios.

Um dos principais cuidados que receberam estas sugestões foi o de “Cuidados em sala de parto”. O protocolo sugere a realização das intervenções como utilização do saco plástico para prevenção da hipotermia, somente em recém-nascidos com idade gestacional menor que 29 semanas como preconiza o Ministério da Saúde (2014), entretanto a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016) abrange a realização destas intervenções para todos os recém-nascidos com menos de 34 semanas, o que potencializa a prevenção das complicações nos prematuros.

Foram realizadas também sugestões para que sejam acrescentadas orientações de como receber o recém-nascido em campo estéril aquecido, bem como fazer uso da touca de algodão, outros métodos preconizados para o controle da temperatura na situação imediata ao parto.

O item 2.3 questiona se a apresentação do protocolo foi feita de forma compreensível à equipe de saúde. É um critério bem subjetivo e necessário para avaliar se a comunicação com o profissional que vai utilizar a tecnologia está sendo realizada de forma efetiva. A

comunicação é considerada uma importante ferramenta, sendo um fator de agregação ou desagregação de acordo com sua utilização (BROCA; FERREIRA, 2015). Portanto deve receber atenção especial principalmente na construção de tecnologias que guiarão as práticas hospitalares, de forma a cumprir seus objetivos.

O item 2.4 trata sobre a coerência entre as orientações agrupadas em cada domínio de forma que estejam alinhadas aos cuidados propostos, fazendo com que os grupos de intervenções não fujam da realidade assistencial. Este item obteve apenas uma discordância, advinda do juiz J25 que teve sua crítica à coerência citada na discussão do item 2.1. Entretanto, a grande maioria dos juízes ficou satisfeita com este item e alguns tiveram suas declarações apresentadas a seguir:

Material coeso, de estrutura clara em tópicos, facilitando a visualização e leitura. (J13).

Observa-se que o protocolo está bem elaborado, bem rico em fundamentação científica, está abordado de forma bem clara e de fácil acesso. (J10).

O item 2.5 foi utilizado com o intuito de avaliar a concordância e a ortografia do corpo textual com a preocupação de que não houvesse entendimento errôneo por parte do leitor, gerado por erros na escrita e no seguimento do texto. Este item implica fortemente na compreensão e no estabelecimento de uma comunicação efetiva com a equipe. Apresentou discordâncias, mas ainda permitiu manter o IVC em 0,85. Foram feitas algumas sugestões de revisão do corpo textual quanto à ortografia, devido a identificação de alguns erros advindos de problemas de formatação e erros de impressão que cortou o trecho de uma orientação no domínio “Manejo da dor” referente à utilização de sucção digital em estímulos dolorosos, entre outros pequenos erros de formatação encontrados no corpo do protocolo.

O item 2.6 trabalha a questão da adequação da redação quanto à linguagem utilizada nos ambientes assistenciais. Apresentou IVC de 0,89, obtendo somente 3 discordâncias. Krieger (2006) diz que o uso de termos contribui para tornar a chamada comunicação especializada mais objetiva, menos sujeita a ambiguidades e, conseqüentemente, mais eficiente. Desta forma, a preocupação com a linguagem técnica advém da necessidade de se manter uma terminologia integrada ao ambiente assistencial, de forma que não haja uma linguagem difusa que geraria barreiras para o processo de trabalho dos profissionais.

O item 2.7 trata sobre os aspectos gerais do texto introdutório presente no início do protocolo. O IVC foi de 0,85, apresentado 4 discordâncias. Estão apresentadas a seguir algumas considerações envolvendo este item:

Sugiro enriquecer texto e corrigir o 1º parágrafo. (J4).

De acordo com análise do tema/texto de apresentação, ocorreu falta de clareza, sendo que o tema aborda RN de baixo peso e o texto relata sobre prematuridade. É importante salientar que nem todo RN de baixo peso é considerado RN prematuro. (J19).

De fato, a classificação da prematuridade descrita no 1º parágrafo do texto introdutório foi realizada de maneira errônea. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) dispõe a classificação atualizada e diz que os prematuros tardios são aqueles nascidos com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias; prematuros moderados são aqueles nascidos entre 32 e 33 semanas e 6 dias; muito prematuros são aqueles nascidos entre 28 e 31 semanas e 6 dias; e os prematuros extremos são aqueles nascidos com menos de 28 semanas.

Em outras partes do texto introdutório também foram sugeridas utilizações de termos mais específicos à realidade do recém-nascido prematuro como na questão do neurodesenvolvimento. Alguns ajustes quanto à escrita também foram sugeridos para melhorar a clareza da redação.

O item 2.8 questiona se as intervenções agrupadas no protocolo são capazes de contemplar as necessidades assistenciais de cada domínio. O IVC obtido foi de 0,85 com a presença de 4 discordâncias. Apesar de ter recebido grande número de concordâncias, os juízes fizeram muitas sugestões sobre o acréscimo de orientações e intervenções à lista do protocolo. A seguir, serão apresentadas algumas considerações divididas entre os domínios e suas respectivas discussões.

Domínio 1 – Higienização das mãos:

(...) Não foi citada a lavagem das mãos com as técnicas, e duração de 40 a 60 segundos. (J18).

Outros dois juízes fizeram considerações sobre o tempo de fricção na utilização do álcool gel e sobre os critérios para realizar a lavagem. O procedimento foi descrito com base em referências atualizadas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2018) mas deve ter sido disposto de forma confusa, tanto que as sugestões ocorreram de forma difusa, não se atendo a somente um item. Considerou-se a revisão da estrutura do domínio 1.

Domínio 2 - Cuidados em sala de parto:

Sugiro incluir nos cuidados em sala de parto, o cuidado de se possibilitar, sempre que possível, que a mãe veja e toque seu RN ainda na sala de parto, o que promove um cuidado humanizado e o fortalecimento do vínculo. (J7).

No item cuidados em sala de parto, acrescentar, receber o RN em campo aquecido, secar a cabeça e colocar touca. Colocar sensor de oxímetro na palma da mão direita. (J16).

A humanização é uma das principais bases para os cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde. As orientações deste domínio foram agrupadas com foco assistencial, de estabilização do recém-nascido pré-termo, por isso torna-se interessante explicar a aplicação do Método Canguru dentro das salas de parto que se baseia principalmente na promoção do contato pele a pele com sua genitora (BRASIL, 2017). Mesmo tratando de forma completa das intervenções de reanimação que são necessárias, considera-se importante a orientação e aplicação do contato pele a pele quando houver estabilização do neonato.

Domínio 3 – Troca de fraldas:

Alguns juízes sugeriram que a fralda não fosse recortada em caso da ausência de tamanho adequado para os neonatos, mas que fossem dobradas para que seja evitada a falta de padronização dos pesos das fraldas, importante para alguns cuidados como o controle de eliminações que utiliza o peso da fralda como parâmetro. Outros, mantiveram o recorte mas sugeriram que as fraldas recortadas fossem pesadas e o valor registrado. Percebe-se que existem diferentes métodos de adaptação do tamanho das fraldas, mas ambos preocupam-se em não afetar a qualidade de outros procedimentos.

Domínio 4 – Banho:

Foi sugerida a melhor descrição do procedimento a fim de padronizá-lo e não deixar brechas para que seja realizado de modo errôneo. Considerou-se também fazer a diferenciação de acordo com o peso do recém-nascido, de forma a descrever as indicações de acordo com a avaliação desta medida. O mais importante a ser salientado é que cada recém-nascido deva ser avaliado individualmente quanto a indicação do banho, devendo ser realizado principalmente apenas quando houver estabilização fisiológica. A rotina de cada instituição também deve ser levada em consideração.

Domínio 5 – Pesagem:

Neste domínio, as considerações apontaram para a necessidade de descrever melhor os momentos em que são realizadas as pesagens. Os juízes consideraram que deve ser realizada no momento da admissão, devendo este valor ser considerado durante o período de manuseio mínimo para que este protocolo seja respeitado. Logo após o término deste período, o recém-nascido pode ser pesado de acordo com a rotina do hospital, mas respeitando suas limitações clínicas.

Domínio 6 – Cuidados com a pele:

Foi sugerida especificar a limpeza realizada em prematuros com idade gestacional menor que 27 semanas, realizada somente com água estéril morna durante os seus primeiros 5 dias de vida. Relatou-se a utilização somente de álcool a 70% nos cuidados com o coto umbilical, excluindo a utilização da clorexidina nos cuidados de rotina da instituição. Foi sugerida também a especificação de produtos específicos para remoção de materiais adesivos que não agriçam a pele do prematuro, como o *Sense Care* que já é utilizado na instituição.

Domínio 7 – Cuidados com dispositivos invasivos:

Foi sugerida a descrição dos procedimentos citados neste domínio como a “limpeza do *Hub*, limpeza Peri cateter, coto umbilical...” e os produtos a serem aplicados. Questionou-se também a citação de uso de gaze no curativo de PICC (cateter venoso de inserção periférica), entretanto foi citado que apenas é utilizado na impossibilidade da utilização do filme transparente, como o Ministério da Saúde (2014) destaca. A citação do tempo de troca de curativos também foi sugerida.

Domínio 8 – Sono e conforto:

Foi sugerida a descrição dos métodos de intervenção no ambiente da UTI neonatal, como a utilização de panos sob a incubadora para diminuir a luminosidade que atinge o neonato, bem como o reforço de se falar em voz baixa e evitar ruídos próximos aos leitos. Foi sugerido também o acréscimo de tópicos mais específicos sobre posturação do recém-nascido, de acordo com suas indicações. Considerou-se a descrição mais objetiva de orientações como o estímulo da posição canguru para a promoção do conforto.

Domínio 9 – Termorregulação:

Este domínio recebeu sugestões quanto a sinalização da vigilância dos parâmetros térmicos, estipulando horários para registro da temperatura corporal, identificando as situações de risco de hipotermia, bem como o seu tratamento. Foi sugerido também tratar do transporte entre os ambientes do hospital que se encaixariam neste domínio pois em todos os ambientes hospitalares, a equipe deve usar meios de termorregulação adequada às necessidades do neonato.

Domínio 10 – Manejo da dor:

Foi recomendado o reforço das orientações que o Ministério da Saúde (2017) dispõe a respeito do contato pele a pele e suas utilizações para o alívio da dor em procedimentos. Sugeriu-se também a descrição da escala NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) nos procedimentos dolorosos, bem como realizar estes procedimentos em dupla para favorecer a contenção.

Domínio 11 – Aspiração:

Sugeriu-se especificar que a realização deste procedimento deve ser sempre em dupla, respeitando as intervenções de manejo da dor. Inclusive, considerou-se sinalizar a importância dos procedimentos em dupla para todos os procedimentos dolorosos.

Domínio 12 – Dieta enteral:

Questionou-se a orientação para a realização de sucção não nutritiva neste domínio, entretanto o agrupamento deste tópico foi pensado segundo a preconização do Método Canguru (BRASIL, 2017) que orienta a realização deste método para incentivar o desenvolvimento do reflexo de sucção nos prematuros para impactar nos próximos estágios do Método, onde objetiva-se evitar a utilização de procedimentos invasivos para a alimentação do neonato.

O item 2.9 diz respeito à adequação das referências utilizadas para desenvolver o protocolo. O item apresentou o menor IVC (0,71), com 8 discordâncias, havendo críticas quanto a utilização de “referências muito antigas”. Entretanto, durante a etapa de desenvolvimento, buscou-se a utilização de referências com até 5 anos para que as informações elencadas estivessem atualizadas. O uso de referências mais antigas serviu no caso de haver reforço dos cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde (2017), desta forma houve preocupação, apesar da data de publicação, da utilização de evidências científicas ainda consideradas adequadas. Em alguns casos houve erro, como a referência utilizada na introdução do protocolo, portanto considerou-se a revisão das referências para possível aplicação institucional.

Tabela 4 – Avaliação do Domínio 3 (Relevância)

| Avaliação | | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------|------------|
| Itens | Totalmente Adequado (1) | Adequado (2) | Parcialmente Adequado (3) | Inadequado (4) | IVC |
| 3.1 Importância do conteúdo | 22 | 5 | 1 | 0 | 0,96 |
| 3.2 Autonomia para a prestação da assistência | 14 | 12 | 2 | 0 | 0,92 |
| 3.3 Utilização por todos os profissionais da equipe | 18 | 8 | 2 | 0 | 0,92 |

O último domínio do protocolo que trata da “Relevância” da tecnologia apresentou excelente IVC de forma geral, variando de 0,92 a 0,96. Estes dados refletem a concordância dos juízes sobre a relevância agregada ao protocolo, evidenciada pelo agrupamento dos

cuidados mais importantes para a assistência do público em questão, bem como a apresentação de uma ferramenta que possibilite o cuidado por todos os profissionais que a utilizarão.

A seguir apresentam-se algumas considerações que reforçam a análise da avaliação deste domínio:

É um material relevante com foco educativo, porém é necessário revisão da revisão bibliográfica, (...) sugiro consultar Manual de Cuidados Humanizados. (J25).

Achei o material completo, sucinto e adequado tanto para uso pela equipe de enfermagem que de fato realiza a grande parte destes procedimentos e rotinas, quanto dos demais membros da equipe multiprofissional. (J13).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa conseguiu selecionar e reunir juízes com propriedade e conhecimento à cerca da neonatologia em todos os seus ambientes assistenciais. A seleção de referências que enriquecessem as orientações do Método Caguru, utilizado pelo Ministério da Saúde permitiu o aprimoramento do protocolo previamente estruturado, bem como sua utilização para a validação.

As pesquisas de validação ainda compõem um campo relativamente novo para a enfermagem. Percebe-se uma dispersão de temas quando se analisam as pesquisas referentes a esta área. Portanto, é importante que haja incentivo ainda na academia, para o crescimento e desenvolvimentos de tecnologias assistenciais, visto seu grande poder de facilitação do processo de trabalho e do aprimoramento da assistência prestada nos diferentes ambientes assistenciais em que pode ser inserida, sendo uma importante ferramenta para a enfermagem.

Os domínios dispostos para avaliação, bem como o protocolo de forma geral, apresentaram avaliação com IVC acima de 0,8. Sendo assim, os juízes consideraram o Protocolo válido para ser utilizado no ambiente assistencial da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Mesmo com a validade efetivada, julgou-se necessário acatar às diversas considerações realizadas pelos juízes a fim de estabelecermos uma tecnologia mais adequada possível para suprir as necessidades do recém-nascido pré-termo e que atenda as especificidades da rotina institucional.

Destaca-se a importância que as tecnologias assistências têm diante do atual cenário global de saúde, com altas demandas e necessidade de aperfeiçoamento e modernização contínuos. Através do aprimoramento do processo de trabalho proporcionado pelos protocolos assistenciais, garante-se maior segurança para o paciente com ferramentas que foram construídas a partir de suas reais necessidades, o que garante humanização e a promoção de cuidados individualizados e holísticos. Considera-se então que é importante o investimento e o incentivo das instituições de saúde quanto a pesquisas voltadas para a produção de tecnologias assistenciais.

Por fim, ressalta-se a importância dos profissionais em apoderar-se do conhecimento disponibilizado pelas próprias entidades reguladoras de saúde brasileiras, mantendo-se atualizado e preocupados prestar uma assistência baseada em evidências científicas e centrada nas necessidades específicas de cada paciente.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Adriana Sousa Carvalho de *et al.* Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 428-435, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200022>.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
- AQUINO, Priscila de Souza *et al.* Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 5, p. 690-696, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000500017>.
- AREDES, Natália Del Angelo; SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; FONSECA, Luciana Mara Monti. Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 31 dez. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/43331>>. Acesso em 18 jun. 2019. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>.
- ASSUNCAO, Paula Lisiane *et al.* Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1078-1090, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600007>.

BALBINO, Aldiânia Carlos *et al.* Termorregulação do recém-nascido: cuidados na admissão em unidade de emergência pediátrica. **Rev RENE**. Fortaleza, v. 14, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027986010>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

BENTLIN, Maria Regina; RUGOLO, Ligia M. S. S.; FERRARI, Ligia S. L. Práticas relacionadas à sepse tardia em prematuros de muito baixo peso. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 91, n. 2, p. 168-174, abril de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000200168&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18, jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2014.07.004>.

BOUZADA, Maria Cândida Ferrarez *et al.* Resposta aos procedimentos de reanimacao neonatal no quinto minuto de vida em recém-nascidos Apgar ≤ 3 no primeiro minuto. **Rev Med Minas Gerais**. Minas Gerais, 2018. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2416>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>>. Acesso em 2 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Datasus: Estatísticas Vitais (Internet). **Sistema de Informações de Nacidos Vivos- 2017**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de ciência e tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 467-474, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300467&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>.

CAMELO, Silvia Helena Henriques *et al.* Perfil profissional de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Cienc. enferm.** Concepción, v. 19, n. 3, p. 51-62, 2013. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300006>.

CARDOSO-DEMARTINI, Adriane de Andre *et al.* Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v. 55, n. 8, p. 534-540, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302011000800006>.

COSTA, Bruna Cantarelli *et al.* Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. **Bol Cient Pediatr.** Rio Grande do Sul, v. 4, n. 2, p. 33-3, abr. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/295396609_Analise_comparativa_de_complicacoes_do_recem-nascido_prematuro_tardio_em_relacao_ao_recem-nascido_a_termo>. Acesso em: 29 jun. 2019.

DARIPA, Mandira *et al.* Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 31, n. 1, p. 37-45, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000100007>.

DUTRA, Camila Danyelle Fernandes *et al.* Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. **Revista Brasileira De Inovação Tecnológica Em Saúde.** Rio Grande do Norte, v. 2, n. 4, p. 29-37, 2012. Disponível em: <

<https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/3331>>. Acesso em: 29 jun. 2019.
<https://doi.org/10.18816/r-bits.v2i4.3331>

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ - FSCMPA. **Relatório de Gestão 2016**. Belém: FSCMPA, 2017.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ - FSCMPA. **Santa Casa do Pará participa projeto de aprimoramento e inovação em Obstetrícia**. Belém, 11 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.santacasa.pa.gov.br/noticias/detalhe/?id=425>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

GOMES, Aline Verônica de Oliveira; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca. O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 794-800, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400794&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000400004>.

GONÇALVES, C.R. Direito Civil Brasileiro - Teoria Geral das Obrigações. Volume II, 11.ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

GUINSBURG, Ruth ; ALMEIDA, Maria Fernanda Branco de. **Reanimação do Prematuro <34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo, jan. 2016. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoPrematuroMenor34semanas26jan2016.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.

HOWSON, Christopher P. et al. **Born Too Soon: Preterm birth matters. Reproductive Health 2013**. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_toosoon-report.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2019.

KRAUZER, Ivete Maroso *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, mar. 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1225>. Acesso em: 18 jun. 2019.

KRIEGER, Maria da Graça. Terminologia científica: políticas lingüísticas e Mercosul. **Cienc. Culto**. São Paulo, v. 58, n. 2, p. 45-48, junho de 2006. Disponível em

<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252006000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de junho de 2019.

LIKERT, Rensis. A Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**. p. 1-55, 1932.

LINHARES, Maria Beatriz Martins. Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 587-599, dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400587&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400003>.

LOTTO, Camila Regina; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Contato "pele a pele" na prevenção de dor em bebês prematuros: revisão sistemática da literatura. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 4, p. 1699-1713, dez. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2018000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2018.4-01Pt>.

MARTINS, Cleusa Rios ; DAL-SASSO, Grace Teresinha Marcon. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, jan-mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/01.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

MARTINS, Cleusa Rios; DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon. Tecnologia: definições e reflexões para a prática de enfermagem e saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 11-12, março 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100001>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; LOPES, José Maria de Andrade; CARVALHO, Manoel de. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar** [online]. Rio de Janeiro:

Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

NAKA, Silviane Hoepers; FREIRE, Marcia Helena; SILVA, Regina Paula da. Repercussões do uso de incubadoras umidificadas na regulação térmica do prematuro: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n.1, p. 382-93, jan/mar. 2016. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15234>>. Acesso em: 18 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.15234>.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, jun. 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/240769999_Tecnologias_educacionais_assistenciais_e_gerenciais_uma_reflexao_a_partir_da_concepcao_dos_docentes_de_enfermagem. Acesso em: 18 jun. 2019.

PEREIRA, Camila Dannyelle Fernandes Dutra *et al.* Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**. Rio Grande do Norte, mar. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/3331>. Acesso em: 18 jun. 2019.

PEREIRA, V.S. **Amamentação de recém-nascidos prematuros: uma avaliação retrospectiva em um hospital amigo da criança**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Pará/Universidade Federal do Amazonas: Belém-PA, 2016.

PESSOA, Tiara Ainda Oliveira *et al.* O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. **Av. enferm.**, Bogotá, v. 33, n. 3, p. 401-411, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.44425>.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos *et al.* Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/Cibele A. de M. Pimenta *et al.*; COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

PINHEIRO, Joaquim M. B. Prevenção de hipotermia em recém-nascidos prematuros - princípios simples para uma tarefa complicada,. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 94, n.

4, p. 337-339, ago. 2018. Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000400337&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jun. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.10.003>.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRODANOV, C.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMADA, Nadia Christina Oliveira; ALMEIDA, Fabiane de Amorim; CUNHA, Mariana Lucas da Rocha. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 421-425, dez. 2013. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 jun. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000400003>.

SANCHES, Marla Teresa Cera *et al.* **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. Temas em saúde coletiva, 19. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. 261 p.

SILVA, Lisandra Radaelli da *et al.* Aspectos perinatais relacionados à hemorragia intracraniana em recém-nascidos de muito baixo peso no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 159-163, abr. 2015. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000400159&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150004973>.

SILVA, Naélia Vidal de Negreiros da *et al.* Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 589-602, fev. 2019. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200589&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018242.03022017>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2015. Disponível em:

<https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf>. Acesso em 20 abr 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência**. n. 2 v. 1, nov. 2017.

SOUSA, Derijulie Siqueira *et al.* Morbidade em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 17, n. 1, p. 139-147, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000100139&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100008>.

TAMEZ, Raquel Nascimento. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco** / Raquel Nascimento Tamez. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 9ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

TORRES, Jacson Sabino Pereira *et al.* **O perfil quantitativo masculino da enfermagem em Rondônia, Brasil**. Rondônia, 2005. Disponível em: <https://docplayer.com.br/6499577-O-perfil-quantitativo-masculino-da-enfermagem-em-rondonia-brasil-profile-quantitative-of-nurse-male-in-rondonia-brazil.html>. Acesso em: 25 jun. 2019.

TREVISO, Patrícia *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, dez. 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/77>. Acesso em: 18 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Survive and thrive: transforming care to every small and sick newborn**. Key findings. Geneva, 2018. Disponível: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276655/WHO-FWC-MCA-18.11-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 16 mai. 2019

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE DO ESTADO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER E DA CRIANÇA**



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para a conclusão do curso de graduação em Enfermagem, realizaremos uma pesquisa que tem por título: **“PROTÓCOLO DE CUIDADOS PARA RECÉM NASCIDOS PREMATUROS: VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA”**. O objetivo deste estudo é validar, através da avaliação de juízes competentes, um protocolo de cuidados ao recém nascido prematuro. Convidamos você a participar do estudo por meio do preenchimento de um formulário, onde você responderá algumas questões sobre o seu perfil profissional. Nesta pesquisa não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida, contudo existe o risco de seu nome vir a ser conhecido e que haja seu constrangimento. Para evitar esses riscos, deixamos claro que será utilizado o código alfa numérico com a letra J seguida do número de preenchimento desse formulário (J1, J2, J3...), de modo a preservar sua identidade.

Sua participação no estudo é muito importante, pois ajudará identificar os cuidados de saúde dispensados ao recém-nascido prematuro e colaborará para a elaboração de um protocolo de intervenção mínima ao prematuro, para apresentar ao serviço um instrumento assistencial facilitador dos cuidados ofertados pela equipe multiprofissional de saúde. A qualquer momento você poderá desistir da pesquisa e todo material anotado lhe será devolvido, conforme sua vontade. As informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa, guardadas pelos pesquisadores por cinco anos e depois incineradas. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas científicas, bem como a FSCMP para a melhoria da assistência ofertada. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo e nem recompensa financeira, pois sua participação é voluntária. Os pesquisadores também não receberão nenhum tipo de pagamento, já que este trabalho será realizado com recursos dos mesmos. Se você tiver dúvidas e desejar sobre a pesquisa ou mesmo sobre os seus direitos poderá fazer contato com os pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu _____ declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa. Conversei com os pesquisadores do projeto sobre minha decisão em participar, ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, a forma como vou participar, os riscos e benefícios e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que a minha participação não tem despesas e nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos à minha assistência neste Hospital. Concordo voluntariamente participar desse estudo assinando este documento em todas as páginas junto com o pesquisador. Estou ciente que uma cópia ficará comigo e a outra com o pesquisador.

Belém,/...../.....

_____ CONSELHO: _____
Assinatura do voluntário

_____ CONSELHO: _____
Assinatura do pesquisador responsável

Obs: Este Termo está descrito em duas laudas que serão rubricadas pelo pesquisador e participante, devendo uma cópia ser entregue para o participante.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ



APÊNDICE B - Carta-convite para juízes especialistas

Prezado (a) Sr. (a)

Sou Akyson Zidane Merca Silva, graduando do Curso de Enfermagem e, juntamente com minha orientadora, Professora Dra. Andressa Tavares Parente e o pesquisador Alexandre Aguiar Pereira, gostaríamos de convidá-lo (a), para participar da pesquisa como um dos juízes especialistas da tecnologia assistencial, voltada aos profissionais da UTI neonatal, que estamos validando: “Protocolo de Cuidados para Recém-nascidos Prematuros: validação de tecnologia”. Trata-se de um material assistencial, com o intuito de contemplar o cuidado de forma integral a este público, preconizado pelo Ministério da Saúde, com base no Método Canguru.

Desde já, agradecemos seu aceite para participar do estudo, pois sua escolha foi baseada no seu conhecimento e experiência prática. Informo que a metodologia do trabalho estipula um prazo de cinco dias para o julgamento da tecnologia e devolução do questionário. Para realizar o julgamento, o pesquisador disponibilizará o protocolo impresso e o “Questionário de Validação pelos Juízes”, além de uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deverão ser devolvidos no máximo até 07 (sete) dias após o recebimento. Sua participação é voluntária e será preservado o sigilo de sua identificação, podendo desistir do estudo sem nenhum prejuízo quando lhe for conveniente.

Grato pela atenção, gostaria de contar com a sua participação para concretização do estudo.

Cordialmente,

Acadêmico Akyson Zidane Merca Silva

Universidade Federal do Pará
E-mail: akysonzidane@gmail.com
(91) 98279-7760

Alexandre Aguiar Pereira
En^o Residente
COREN-PA: 509963

Especialista Alexandre Aguiar Pereira

E-mail: alexandre_ap22@hotmail.com
(91) 98932-2010

Profa. Dra. Andressa Tavares Parente

Universidade Federal do Pará
E-mail: andressaparente@yahoo.com.br
(91) 98119-3234

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (JUÍZES-ESPECIALISTAS)

Data: ___/___/___

Nome da Tecnologia Assistencial “Protocolo de Cuidados para Recém-nascidos Prematuros”

Público-Alvo:

Parte 1- IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES E ESPECIALISTAS

Código/Pseudônimo:_____ Idade____ Sexo: ()M ()F

Formação (graduação)_____ Tempo de formação_____

Função/cargo na instituição_____

Tempo de trabalho:_____

Titulação Especialização () Mestrado() Doutorado()

Especificar a área:_____

PARTE II- INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente a Tecnologia Assistencial. Em seguida analise o instrumento avaliativo marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração

1-Totalmente adequado

2-Adequado

3-Parcialmente adequado

4-Inadequado

Para as opções **3 e 4**, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1- OBJETIVOS – Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da Tecnologia Assistencial (TA)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades cotidianas do recém nascido pré-termo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.2 As informações/conteúdos são importantes para a qualidade dos cuidados prestados ao recém nascido pré-termo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.3 As orientações da TA são aplicáveis à rotina assistencial da instituição | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.4 A TA pode ser aplicável a outras instituições neonatais | 1 | 2 | 3 | 4 |

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se a forma de apresentar os cuidados a serem prestados. Isto inclui sua organização geral, estrutura, coerência, adequação e clareza.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2.1 Os cuidados estão apresentados de maneira clara e objetiva | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.2 As informações apresentadas estão cientificamente corretas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.3 O material está apresentado de forma compreensível a equipe assistencial | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.4 Há coerência nos cuidados propostos em cada domínio | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.5 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.6 O estilo da redação corresponde à linguagem técnica utilizada no ambiente assistencial | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.7 O texto de apresentação está coerente ao tema do protocolo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.8 As intervenções contemplam as necessidades assistenciais de cada cuidado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.9 As referências estão atualizadas e condizentes com a proposta assistencial da instituição | 1 | 2 | 3 | 4 |

3 – RELEVÂNCIA – Refere-se as características que avalia o grau de significação do material educativo apresentado.

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 3.1 Os cuidados retratam aspectos-chave que devem ser destacados | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.2 O material aborda as informações necessárias para o saber e o fazer sobre os cuidados ao recém nascido pré-termo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.3 Está adequada para ser usada por qualquer profissional da equipe assistencial | 1 | 2 | 3 | 4 |

COMENTÁRIOS GERAIS E SUGESTÕES (Pode utilizar o verso da folha)

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE CUIDADOS HUMANIZADOS PARA O RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO SEGUNDO O MÉTODO CANGURU

A prematuridade é uma condição existente em crianças que nasceram com idade gestacional menor que 37 semanas, podendo ser classificada entre prematuridade limítrofe (37 a 32 semanas), prematuridade moderada (31 a 28 semanas) e prematuridade extrema (abaixo de 28 semanas).

O nascimento prematuro é considerado um importante problema de saúde pública por haver agravamento de risco de morte no período neonatal e de desenvolvimento de complicações como enterocolite necrosante, hemorragia intraventricular, problemas respiratórios e de desenvolvimento além de hipertensão pulmonar persistente, podendo gerar seqüelas para a vida inteira.

O risco de desenvolvimento destas complicações está fortemente ligada à retirada abrupta do ambiente natural de maturação dos recém nascidos, o útero materno. Lá, o feto geralmente recebe as condições ideais para se desenvolver e sobreviver de acordo com sua idade gestacional, desta forma com o seu nascimento antes da completa maturação, o RN precisa se adaptar ao ambiente externo que apresenta naturalmente diversas dificuldades como a luminosidade, a exposição excessiva a ruídos, além da necessidade de alimentação independente do organismo de sua progenitora, entre outros fatores.

Desta forma, o Ministério da Saúde destaca através do Método Canguru, a necessidade da equipe assistencial perceber as necessidades individuais de cada RN e adaptar seus cuidados dadas as limitações causadas pela prematuridade. O objetivo é gerar um ambiente similar ao que o RN deveria estar, preconizando o conforto e o descanso durante a terapêutica, reduzindo o número de manipulações através do agrupamento de cuidados, controlando a luminosidade e os ruídos existentes no ambiente da UTI neonatal.

Visando este objetivo, o protocolo a seguir busca mostrar de forma objetiva os cuidados preconizados durante a manipulação, realização de procedimentos e da manutenção do ambiente em que o RN está inserido.

Quadro 1–PROTOCOLO DE CUIDADOS HUMANIZADOS PARA O RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO

| CUIDADOS/ PROCEDIMENT O | INTERVENÇÕES | FONTES/ EVIDÊNCIAS |
|-------------------------------------|---|--|
| 1.HIGIENIZAÇ ÃO DAS MÃOS | -LAVAR AS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO (COM DURAÇÃO DE 40 A 60 SEGUNDOS) NAS SEGUINTE SITUACÕES: *Em início e fim de turno; *Quando estiverem visivelmente sujas, com presença de sangue ou secreções; | - (HERNANDES et al., 2004) - (BRASIL, 2009) - (BRASIL, 2018) |

| | | |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> *Antes de preparar ou manipular medicamentos; *Antes de procedimentos invasivos; *Após várias aplicações consecutivas de solução alcoólica. -REALIZAR FRICÇÃO DE TODAS AS SUPERFÍCIES DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL DE 20 A 30 SEGUNDOS: *Antes e depois de tocar recém-nascido; *Antes de realizar procedimento limpo/asséptico; *Após risco de exposição a fluídos corporais; *Após ter contato com objetos e superfícies próximas ao paciente; *Deixar secagem das mãos ocorrer de forma espontânea, durante cerca de 30 segundos. | |
| <p>2. CUIDADOS EM SALA DE PARTO</p> | <p>-REALIZAR OS SEGUINTE PASSOS EM, NO MÁXIMO 30 SEGUNDOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Prover calor (manter ambiente térmico neutro – de 23 a 26°C, utilizar fonte de calor irradiante, realizar secagem, fazer uso de touca de algodão); *Posicionar cabeça em leve extensão; *Aspirar vias aéreas, se houver excesso de secreções (não introduzir sonda de maneira brusca/ evitar aspiração de hipofaringe); *Secar e desprezar campos úmidos (se peso do RN > 1500g); *Reposicionar a cabeça, se necessário. <p>-Em recém-nascidos de idade gestacional < 29 semanas ou com peso < 1500g: introduzir corpo em saco plástico transparente de polietileno logo depois de posicioná-lo sob fonte de calor irradiante, somente face descoberta, sem secá-lo. O saco plástico só será retirado depois da estabilização térmica na unidade neonatal.</p> <p>-Administrar 1mg de vitamina k via intramuscular ou subcutânea ao nascimento (agulha de 13-20mm de comprimento. Até 0,5 ml por vasto lateral com agulha com ângulo de 45-90°).</p> <p>-Identificar devidamente o neonato, observado área de fixação da pulseira para não machucar pele.</p> | <p>- (BRASIL, 2014)</p> <p>-(SOUZA, 2017)</p> |
| <p>3. TROCA DE FRALDAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar de 6 em 6 horas seguindo a rotina da instituição ou sempre que houver eliminações; -Posicionar recém-nascido em decúbito elevado (posição antirrefluxo), rolando-o | <p>- (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2008)</p> |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| | <p>lateralmente durante manipulação;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evitar elevação de quadril e membros inferiores; -Realizar higienização perineal no sentido da região genital para o ânus, nunca o contrário; -Recortar fralda quando não houver tamanho adequado para o recém-nascido. | <ul style="list-style-type: none"> - (LIMPEROPOULOS et al., 2008) - (BASSANI, M. et al., 2015) - (BRASIL, 2017) |
| <p>4. BANHO</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Indicado somente a neonatos >34 semanas; -Dar preferência ao banho de imersão (humanizado) sempre que possível; -Pode ser realizado assim que houver estabilidade térmica e cardiorespiratória por 2 a 4 horas; -Não realizar antes de 6 horas de vida; -Realizar higiene rotineira de pregas, coto umbilical e área de fraldas, pode haver intervalo de 3 a 4 dias entre banhos; -Realizar com água morna; -utilizar água estéril em caso de quebra da barreira cutânea; -Realizar limpeza de maneira suave, sem esfregar a pele com panos ou materiais potencialmente irritantes; -Utilizar produtos que limpem sem agredir a pele, isentos de substâncias cáusticas e irritantes, com ph ácido semelhante ao cutâneo, que não sejam alergizantes, sem toxicidade por via oral, inalatória ou percutânea; -Realizar procedimento entre 5 e 10 minutos de duração; -Após, secar suavemente (sem esfregar) com toalha macia e limpa. | <ul style="list-style-type: none"> -(MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010) - (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2015) - (BRASIL, 2017) |
| <p>5. PESAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar de acordo com a rotina da unidade e somente após 96 horas de nascido; -Realizar antisepsia com álcool 70% do local em que o RN será posicionado e forrar com papel toalha; -Verificar calibragem da balança; -Posicionar RN despido, envolto em lençol leve seguindo protocolo Canguru (com peso previamente conhecido); -Registrar o peso e desligar a balança; -Despreze todo o material descartável utilizado; -Realizar novamente aplicação de álcool 70% no local em que o RN foi posicionado; -Pesar antes da alimentação, aproveitando o | <ul style="list-style-type: none"> - (BRASIL, 2017) - (TAMEZ, 2017) |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>procedimento parar agrupamento de outros como higiene ou banho.</p> <p>- A frequência da pesagem obedece a rotina</p> | |
| <p>6. CUIDADOS COM A PELE</p> | <p>-Realizar limpeza preferencialmente com algodão e água estéril;</p> <p>-Manter superfície da pele do RN seca;</p> <p>-Utilizar álcool 70% ou clorexidina de 0,5% a 4% durante cuidados com coto umbilical;</p> <p>-Evitar uso de outros produtos como pomadas e óleos, exceto quando há indicação específica;</p> <p>-Evitar umidificação excessiva da pele do RN;</p> <p>-Utilizar produtos de fixação adequados para pele do recém-nascido, aplicando a menor quantidade possível;</p> <p>-Remover fitas adesivas utilizando algodão embebido em água ou soro fisiológico.</p> | <p>- (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2015)</p> <p>-(AREDES; SANTOS; FONSECA, 2017)</p> <p>- (BRASIL, 2017)</p> |
| <p>7. CUIDADOS COM DISPOSITIVOS INVASIVOS</p> | <p>-Antes da inserção de cateteres venosos: utilizar clorexidina aquosa em recém-nascidos < 30 semanas e/ou pesando < 1000g e clorexidina alcoólica em maiores que 30 semanas;</p> <p>-Utilizar técnica asséptica durante procedimento;</p> <p>- O curativo de cateter central de inserção periférica (PICC) deve ser feito com gaze no momento da inserção e depois, preferencialmente com curativo transparente. A troca deve ser feita caso haja presença de sangue, umidade ou descolamento. Na impossibilidade do uso de curativo transparente, utilizar gaze estéril para cobertura, com troca a cada 48h, ou antes, se necessário;</p> <p>-Realizar fixação de cateter venoso umbilical com fita cirúrgica em forma de ponte e curativo diário com solução alcoólica de clorexidina;</p> <p>- Realizar desinfecção da conexão (hub) do cateter vascular central ou periférico com álcool 70% antes da administração de drogas e por ocasião da troca de equipos;</p> <p>-O equipo utilizado para nutrição parenteral total deve ser trocado a cada 24h;</p> <p>- Equipos utilizados para passagem de hemoderivados devem ser removidos imediatamente após uso.</p> | <p>- (BRASIL 2014)</p> <p>- (BRASIL, 2017)</p> |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| <p>8. SONO E CONFORTO</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Reconhecer e respeitar fases do sono; - Nas primeiras 96 horas de nascido estabelecer o protocolo de manuseio mínimo: mudança de decúbito (pelo menos a cada 3 a 4 horas quando IG maior que 32semanas.Em menores de 32 semanas mudança de 8 a 12h). - Em recém-nascidos com algum fator que contraindique a mudança frequente de decúbito, seguir o recomendado pelo quadro clínico. -Agrupar cuidados a fim de reduzir quantidade de manuseios, e preferencialmente ao redor dos ciclos de sono; -Estimular método canguru; -Diminuir luminosidade do ambiente sempre que possível; -Controlar ruídos produzidos pelos equipamentos e computadores; -usar tom baixo durante comunicação -Evitar a utilização da superfície superior da incubadora para posicionamento de objetos ou realização de ações como registro ou preparo de procedimentos; | <ul style="list-style-type: none"> - (ORSI et al., 2015) - (BRASIL, 2017) - (MAKI et al., 2017) - (TAMEZ, 2017) |
| <p>9. TERMORREGULAÇÃO</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Regular temperatura interna da incubadora respeitando a termoneutralidade de cada RN; -Realizar procedimentos preferencialmente com abertura somente das portinholas; -Em caso de abertura da incubadora, realizar procedimento de forma ágil e fechar imediatamente após término do manuseio; -Manter reserva de lençóis aquecidos na incubadora; -Adaptar temperatura da incubadora de acordo com ambiente, peso e idade do recém-nascido; - Manter umidade relativa do ar para prematuros: quanto mais imaturo o RN, maior será a umidificação do ambiente, acima de 75%, podendo ser utilizado por até 2 semanas de vida pós natal. | <ul style="list-style-type: none"> - (RUSCHEL, 2012) - (NAKA; FREIRE; SILVA, 2016) - (BRASIL, 2017) - (TAMEZ, 2017) |
| <p>10. MANEJO DA DOR</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Evitar excesso de manuseio em RN, especialmente nos que possuem menos que 32 semanas de vida; -Realizar estímulo de sucção digital com | <ul style="list-style-type: none"> - (RAMADA; ALMEIDA; CUNHA, 2013) |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| | <p>utilização de luva ou com uso de solução glicosada (até 3 antes do estímulo doloroso);</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar toque terapêutico e manobras de contenção como estratégias; -Incentivar contato pele a pele com duração de 15 ou 30 minutos; -Quando necessário, utilizar métodos farmacológicos segundo prescrição médica. | <ul style="list-style-type: none"> - (CONG et al., 2012) - (MOTTA; CUNHA, 2015) - (BRASIL, 2017) - (CASTELO; FONTOURA, 2018) |
| <p>11. ASPIRAÇÃO</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar somente quando houver indicação clínica (Ausculta Pulmonar alterada, alteração de parâmetros, visualização de secreção em equipamento), nunca de forma rotineira; -Evitar exceder 15 segundos de aspiração; -Evitar exceder 3 repetições; -Realizar métodos não farmacológicos para alívio da dor. | <ul style="list-style-type: none"> - (BRASIL; BARBOSA; CARDOSO, 2010) - (GONÇALVES; TSUZUKI; CARVALHO, 2015) |
| <p>12. DIETA ENTERAL</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Iniciar o mais precoce possível, exceto quando houver contraindicação por quadro clínico; -Priorizar utilização do leite humano; -Realizar gavagem, seguindo rotina da unidade; -Incentivar posição canguru durante procedimento e contato do recém-nascido com o peito da mãe, respeitando sempre os limites dele; -Utilizar técnicas de sucção não nutritivas; | <ul style="list-style-type: none"> - (BRASIL, 2017) |

REFERÊNCIAS:

Aredes NDA, Santos RCA, Fonseca LMM. Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2017 [acesso em: 26/01/2019];19:a59. Disponível em: <http://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>.

BASSANI, M. et al. Avaliação do fluxo sanguíneo cerebral de recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória com a técnica do aumento do fluxo expiratório. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 179, out. 2015.

BRASIL, T.; BARBOSA, A.; CARDOSO, MVL. Aspiração orotraqueal em bebês: implicações nos parâmetros fisiológicos e intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n. 6, p. 971-7, nov-dez. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. 126p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA:** orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+n%C2%BA+01-2018+GVIMS-GGTES-ANVISA/ef1b8e18-a36f-41ae-84c9-53860bc2513f>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 2ª ed., 1. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CASTELO, A.; FONTOURA, F. Atuação da Enfermagem no alívio da dor do neonato através de métodos não farmacológicos. **Multidisciplinary Reviews 1**: e2018002.

FERNANDES, J.; MACHADO, M.; OLIVEIRA, Z. Fisiopatologia da área das fraldas: Parte I. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, São Paulo, v. 83, n. 6, p. 568-70, nov. 2008.

GONÇALVES, R.; TSUZUKI, L.; CARVALHO, M. Aspiração endotraqueal em recém-nascidos intubados: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Ter Intensiva**, Manaus, v. 27, n. 3, p. 284-92, ago. 2015.

HERNANDES, Silvio Evandro Daniel et al. A eficácia do álcool em gel e outros agentes de limpeza das mãos contra patógenos nosocomiais importantes. **Braz. J. Microbiol.** São Paulo, v. 35, n. 1-2, p. 33-39, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-83822004000100005&lng=en&nrm=iso>. acesso em 26 de janeiro de 2019.

LIMPEROPOULOS, C. et al. Cerebral Hemodynamic Changes During Intensive Care of Preterm Infants. **American Academy of Pediatrics**, Itasca, v. 122, n. 5, out. 2008.

MAKI, M. et al. O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 489-96, out. 2017.

MEDEIROS, J. S.; MASCARENHAS, M. F. P. T. Banho . Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 51-60, jan./abr. 2010.

MOTTA, G.; CUNHA, M. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 132-34, jan-fev. 2015.

NAKA, S.; FREIRE, M.; SILVA, R. Repercussões do uso de incubadoras umidificadas na regulação térmica do prematuro: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n.1, p. 382-93, jan/mar. 2016.

RAMADA, Nádia Christina Oliveira; ALMEIDA, Fabiane de Amorim; CUNHA, Mariana Lucas da Rocha. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 11, n. 4, p. 421-425, dec. 2013 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Jan. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000400003>.

RUSCHEL, Luma. Cuidados com hipotermia neonatal: uma revisão integrativa. 2012. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SOUZA, Aspásia Basile Gesteira Souza. Manual Prático de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consenso de Cuidado com a Pele do Recém-nascido**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2015. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf> Acesso em 20 abr 2019.

TAMEZ, Raquel Nascimento. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco** / Raquel Nascimento Tamez. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



ANEXO A – PARECER DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: APLICABILIDADE DAS AÇÕES CUIDATIVAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO MÍNIMA AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Pesquisador: Alexandre Aguiar Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02469018.3.0000.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.775.358

Apresentação do Projeto:

A atenção ao recém-nascido deve caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e por condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados. Trabalho importante também deve ser desenvolvido com a equipe de saúde, oferecendo-lhes mecanismos para uma melhor qualidade no trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2013).

Partindo-se desse princípio, torna-se necessário a implantação de condutas terapêuticas e mecanismos assistenciais para orientar e direcionar a equipe de saúde que presta os seus cuidados nas UTINs. Tais instrumentos facilitam o trabalho da equipe e possibilitam a operacionalização das ações estabelecidas dentro das Instituições de saúde. Dessa forma, cresce a relevância de estudos sobre a aplicabilidade da assistência terapêutica em unidade de terapia intensiva neonatal realizada pela equipe de saúde e a prevalência dessas ações na prática de cuidados ao RNPT e/ou BP no setor de Neonatologia. O neonato prematuro por ser mais sensível, frágil, anatomicamente imaturo e de lenta adaptação ao meio extrauterino, torna-se mais susceptível a traumas.

Porém, ainda existem muitos profissionais que negligenciam o cuidado diferenciado, causando lesões evitáveis. Logo, observa-se a importância do cuidado direcionado à preservação e proteção do RNPT, atendendo adequadamente suas necessidades.

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: Umarizal

CEP: 66.030-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cep.fcempa@gmail.com