

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARILÉIA DE SOUZA CARDOSO

**OS BENEFÍCIOS DO PROTOCOLO DE MANUSEIO MÍNIMO EM PREMATUROS
DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL CATARINENSE**

**CRICIÚMA
2019**

MARILÉIA DE SOUZA CARDOSO

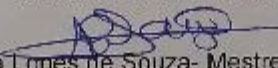
**OS BENEFÍCIOS DO PROTOCOLO DE MANUSEIO MÍNIMO EM PREMATUROS
DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL CATARINENSE**

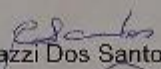
Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado para
obtenção do grau de Bacharel no Curso de Enfermagem
da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

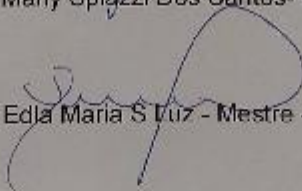
Orientadora: Profa. Msc. Rozilda Lopes de Souza

**CRICIÚMA
2019**

BANCA EXAMINADORA


Profª. Rozilda Lopes de Souza- Mestre - (UNESC) – Orientadora


Profª. Cecilia Marly Spiazzi Dos Santos- Mestre - (UNESC)


Profª. Edla Maria S. Luz - Mestre - (UNESC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, meu melhor amigo, que me abençoa e me ilumina com sua infinita bondade, todos os dias da minha vida.

Gratidão aos meus pais e meus irmãos que me apoiaram e acreditaram no meu potencial, com seu amor e dedicação me ensinando valores importantes.

Ao meu filho, por ter paciência, me acalantar em meus momentos de desespero e nas correrias de meus estudos.

Agradeço também todos os professores que passaram pela minha jornada acadêmica, contribuindo com sua sabedoria e dedicação à minha formação, em especial a minha orientadora, Rozilda Lopes de Souza, que depositou a mim confiança e garra para alcançar meus objetivos.

Aos profissionais que encontrei durante a trajetória da elaboração do referido trabalho, agradecimento por toda experiência compartilhada, tornando possível a realização dos meus objetivos.

A todos que de alguma forma me ajudaram e acreditaram nos meus objetivos, deixo meu agradecimento, porque sem eles não teria sido possível.

“Cuidar de um prematuro, é fazer parte do milagre da vida.”

Autor Desconhecido.

RESUMO

Estudo com objetivo de conhecer os benefícios do protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) de um Hospital da Região Sul Catarinense. A prematuridade é um assunto de extrema importância em todo o mundo, uma prioridade de Saúde Pública, por se tratar da causa mais importante de morte neonatal e a segunda causa principal de mortalidade em crianças menores de cinco anos. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido e aplicado um questionário aos profissionais atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. O estudo constatou que os sujeitos da pesquisa conhecem o protocolo de manuseio mínimo e suas vantagens, mas não o adotam. Verificou-se que a utilização deste traria inúmeras vantagens e benefícios ao neonato, possibilitando melhor recuperação e desenvolvimento com menor risco de enfermidades e agravos de saúde.

Palavras-Chave: UTI Neonatal. Prematuridade. Protocolo de manuseio mínimo. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to know the benefits of minimal handling protocol in preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of a Hospital in Southern Santa Catarina. Prematurity is an extremely important issue worldwide, a Public Health priority, as it is the most important cause of neonatal death and the second leading cause of mortality in children under five years. Qualitative, descriptive, exploratory and field research. The study was developed and applied a questionnaire to professionals working in the Neonatal Intensive Care Unit. The analysis and interpretation of qualitative data were performed by content analysis, from the categorization of data, through the ordering, classification and final analysis of the researched data. The study found that the research subjects know the minimal handling protocol and its advantages, but do not adopt it. It was found that the use of this would bring numerous advantages and benefits to the newborn, enabling better recovery and development with lower risk of disease and health problems.

Keywords: Neonatal ICU. Prematurity. Minimal handling protocol. Nursing.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Perfil dos participantes quanto à idade/gênero, formação, especialização e tempo de UTIN | 29 |
|---|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|--|
| CEP | Comitê de ética em Pesquisa em Humanos |
| IG | Idade Gestacional |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| RN | Recém-nascido |
| RNPT | Recém-nascido pré-termo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UTIN | Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal |
| UNESC | Universidade do Extremo Sul Catarinense |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 | JUSTIFICATIVA | 12 |
| 1.2 | PROBLEMA DE PESQUISA..... | 12 |
| 1.3 | HIPÓTESES..... | 13 |
| 1.4 | OBJETIVOS | 13 |
| 1.4.1 | Objetivo geral | 13 |
| 1.4.2 | Objetivos específicos | 13 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 14 |
| 2.1 | PREMATURIDADE | 14 |
| 2.2 | IDADE GESTACIONAL | 15 |
| 2.3 | CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO | 16 |
| 2.4 | UTI NEONATAL..... | 18 |
| 2.5 | PROTOCOLO DE MANUSEIO MÍNIMO EM PREMATUROS..... | 19 |
| 2.6 | ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O MANUSEIO MÍNIMO EM PREMATUROS..... | 21 |
| 3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 24 |
| 3.1 | ABORDAGEM METODOLÓGICA | 24 |
| 3.2 | TIPO DE PESQUISA | 24 |
| 3.3 | LOCAL DE ESTUDO | 25 |
| 3.4 | SUJEITOS DO ESTUDO | 25 |
| 3.4.1 | Critério de inclusão | 25 |
| 3.4.2 | Critério de exclusão | 25 |
| 3.5 | PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS | 25 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.6 | ANÁLISE DE DADOS | 26 |
| 3.7 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 26 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 28 |
| 4.1 | CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA..... | 28 |
| 4.2 | CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DO INSTRUMENTO..... | 30 |
| 4.2.1 | Categoria 1 - O preparo da equipe para utilizar o protocolo de manuseio mínimo em prematuros e se foram capacitados | 30 |
| 4.2.2. | Categoria 2 - Os critérios/possibilidades/benefícios para utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros. | 32 |
| 4.2.3. | Categoria 3 - As limitações e necessidades de adaptação para a utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros..... | 34 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| | REFERÊNCIAS..... | 38 |
| | APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL | 41 |
| | APÊNDICE B - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 42 |

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema de saúde pública, pois, conforme **Neves (2009)**, afeta tanto a mãe como, e principalmente, a criança recém-nascida; além de considerar os problemas que ocorrem naturalmente como consequência da antecipação do nascimento, o mesmo autor considera ser possível a prematuridade traga ao recém-nascido algumas complicações a longo prazo, tendo em vista que demanda cuidados intensivos necessários para sua sobrevivência.

Muitos são os procedimentos e manipulações que ocorrem durante o período de internação nas unidades neonatais e que, conforme **Neves (2009)**, podem interferir na vida desse indivíduo, com consequências deletérias. Por isso, a habilidade do manuseio desses seres é de extrema importância para minimizar os riscos de agravos à saúde e aumentar suas chances de sobrevivência e saúde posterior.

Embora a medicina obstétrica tenha evoluído muito e passado por uma transformação muito significativa nas últimas décadas, **Pohlmann et al. (2016)** consideram que o parto prematuro ainda é um desafio para a saúde pública, considerando-se a alta taxa de mortalidade e morbidade neonatal.

Dados do Ministério da Saúde (**BRASIL, 2014**), dão conta de que o Brasil é o 10º no ranking dentre os países do mundo que detém 60% dos casos de nascimentos prematuros. No estado do Rio Grande do Sul, segundo a mesma fonte, a taxa de prematuridade é uma das mais altas do país, atingindo, em 2018, mais de 8,5% dos nascimentos.

Existe uma preocupação constante dos órgãos de saúde na atenção ao neonato prematuro, buscando-se o aperfeiçoamento sistemático e contínuo para seu atendimento nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), o que vem trazendo, como consequência, o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos (RN) cada vez mais prematuros (**BRASIL, 2014**).

Considerando o desenvolvimento da medicina em todos os campos, incluindo-se o tratamento à criança recém-nascida, bem como o avanço da tecnologia nas UTIN, a consequência mencionada por **Neves (2009)** foi o aumento da sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT). No entanto, o autor comenta que alguns fatores, como o ruído ambiente, a necessidade constante de luz, o aumento da quantidade de equipamentos e do número de procedimentos invasivos, bem como a manipulação

excessiva, podem desencadear uma série de efeitos adversos, culminando em possíveis alterações no desenvolvimento dos neonatos, principalmente dos RNPT.

Dessa forma, considerando que esse o prematuro é paciente de risco e, quando consegue ultrapassar essa barreira, sobrevivendo ao desafio da prematuridade, os cuidados e preocupações para os serviços de saúde e suas famílias são imensos, e o tratamento para eles deve ser diferenciado, de forma que todo o cuidado é pouco para minimizar os efeitos de sua condição de especificidade e especialidade.

1.1 JUSTIFICATIVA

O presente estudo visa conhecer a conduta da equipe multidisciplinar, referente ao protocolo de manuseio mínimo, em RNPT em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital da região sul do estado de Santa Catarina. Buscar conhecer as possibilidades e limitações da utilização de um protocolo de manuseio mínimo em prematuros pode possibilitar o melhor atendimento dos mesmos, melhorando as condições de vida e possibilidades de superação das dificuldades inerentes à sua condição.

O conhecimento da experiência da equipe multiprofissional sobre o protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital da Região Sul Catarinense poderá alicerçar práticas de cuidado com segurança ao prematuro, seguindo a máxima da Fiocruz (2018, p. 1): "Quando o mínimo é, na verdade, o máximo que se pode oferecer".

Assim, este estudo contribuirá para ampliar o conhecimento sobre o atendimento de prematuros em UTIN, além de propiciar subsídios para estudantes e profissionais de saúde que atuam em atendimento a recém-nascidos, especialmente no que se refere aos RNPT.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Tem-se o seguinte problema de pesquisa: Quais os benefícios do protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal de um Hospital da Região Sul Catarinense?

1.3 HIPÓTESES

Na referida pesquisa elencou-se como hipóteses do estudo:

- Os benefícios do protocolo de manuseio mínimo em prematuros estão relacionados à melhora do sono e padrão respiratório, alinhamento céfalo-caudal, manutenção de temperatura corporal; diminuição do sangramento intracraniano; pulmão e outros órgãos;
- O manuseio mínimo em prematuros somente pode ser utilizado com idade gestacional abaixo de 32 semanas e peso inferior à 1.500g, que possui maior risco de sangramento.
- A equipe multiprofissional utiliza o protocolo de forma contínua.
- A equipe multiprofissional é capacitada e conhece os benefícios do manuseio mínimo para RN prematuro.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

Conhecer os benefícios do protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital da Região Sul Catarinense.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Identificar o perfil da equipe multiprofissional da UTI neonatal;
- Conhecer o preparo da equipe para utilizar o protocolo de manuseio mínimo em prematuros;
- Conhecer as atribuições da equipe multiprofissional relacionado ao protocolo de manuseio mínimo em prematuros;
- Conhecer as possibilidades e limitações para a utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros;
- Verificar a necessidade de adaptação do protocolo segundo a visão dos profissionais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PREMATURIDADE

O tema prematuridade foi muito discutido, há algum tempo, tendo em vista os altos índices de mortalidade e morbidade associadas. Conforme Guimarães et al. (2017), caracterizou-se como assunto de grande importância em todo o mundo, mas não deixou de ser, até hoje, uma prioridade da saúde pública, justamente por ainda ser uma das causas significativas da morte de neonatos, bem como a segunda mais importante causa da mortalidade de crianças menores de cinco anos.

Deve-se considerar o tema como de sua importância, tendo em vista que “na América Latina os óbitos neonatais são quase quatro vezes superiores em relação a países norte americanos e europeus, mesmo existindo estrutura de assistência perinatal, pois 95% dos nascimentos ocorrem em unidades hospitalares” (PAIVA, 2011, p. 18).

Guimarães et al. (2017, p. 92) comentam que o risco de adoecimento e morte dos nascidos pré-termo é maior, “como consequência do incompleto desenvolvimento fetal e de sua maior suscetibilidade às infecções, estas agravadas pela manipulação e prolongado período de permanência nas unidades neonatais”.

O termo prematuridade é definido, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1961), como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação. Ele pode ser classificado em prematuridade moderada (32 semanas a 36 semanas de idade gestacional), prematuridade acentuada (28 semanas a 31 semanas de idade gestacional) e prematuridade extrema (inferior a 28 semanas de idade gestacional) (LORENA; BRITO, 2009).

É considerado pré-termo a criança nascida com menos de 37 semanas de gestação. De acordo com Lopes et al. (2017), de acordo com a idade gestacional considera-se os “prematuros extremos”, aqueles que nasceram antes das 28 semanas tendo, como consequência, maiores riscos de vida, já que apresentam estado de saúde muito frágil. Os “prematuros intermediários” são os nascidos entre 28 e 34 semanas, que constituem a maior parte dos prematuros. Já os “prematuros tardios” são bebês que nascem entre 34 a 37 semanas, sendo um contingente de indivíduos que teve elevação nos índices no Brasil, nos últimos anos e que causam grande preocupação em termos de saúde pública.

A prematuridade, segundo dados da OMS, apresentados por Lopes et al. (2017), configurou-se como a principal causa de mortes em crianças menores de cinco anos, em todo o mundo.

Paiva (2011) comenta que Países em desenvolvimento, mesmo com programas sociais e assistenciais às gestantes, detém uma elevada taxa de nascimentos prematuros com as suas consequências. Complementa o autor, afirmando que na América Latina, mesmo contando com uma estrutura assistência perinatal, na qual mais de 90% dos nascimentos são realizados em unidades hospitalares, a proporção de óbitos neonatais é quase quatro vezes maior que em países norte americanos e europeus.

Ao mesmo tempo, Silveira et al. (2018) alertam para o fato de que as estatísticas brasileiras não são reais no que se refere à prematuridade, tendo em vista que estas vêm sendo subestimadas, “principalmente devido a erros de classificação de recém-nascidos pré-termo com idade gestacional entre 34-36 semanas”. Conforme os autores, estes são classificados como de termo, causando uma dificuldade quando se trata de estimar adequadamente a prevalência desses nascimentos no Brasil utilizando dados secundários.

2.2 IDADE GESTACIONAL

Ao se considerar o desenvolvimento orgânico e a maturidade fisiológica do recém-nascido, a idade gestacional é determinante para seu prognóstico. Almeida et al. (2013) consideram como marco clássico de maturidade fetal a 34ª semana de gestação e, por isso, neonatologistas e obstetras têm, como a maior preocupação, o nascimento de prematuros, tendo em vista que apresentam elevada mortalidade e morbidade.

Os nascidos pré-termo têm risco aumentado de adoecer e morrer em consequência do incompleto desenvolvimento fetal e de sua maior suscetibilidade às infecções, estas agravadas pela manipulação e prolongado período de permanência nas unidades neonatais. Muitos nascidos pré-termo evoluem com sequelas neurológicas, oftalmológicas ou pulmonares. Esse evento deve ser investigado e aprofundado considerando-se seus fatores determinantes, com o intuito de intervir na redução da morbimortalidade infantil. (GUIMARÃES et al., 2017).

Diversos fatores estão associados à prematuridade, destacando-se: idade materna menor que 20 anos ou maior que 40 anos; baixo nível socioeconômico; antecedente de parto pré-termo; estatura materna inferior a 1,52 metros; gestação gemelar; sangramento vaginal no 2º trimestre de gestação; amadurecimento cervical; aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação; hábito de fumar; ocupação materna em atividade profissional remunerada; estado nutricional; alteração de peso inadequado da mãe; raça/cor; infecções do trato urinário; exposição a substâncias tóxicas; ausência de pré-natal ou número reduzido de consultas e tipo de parto (GUIMARÃES et al., 2017).

A diminuição da idade gestacional ou prematuridade tem várias causas e, de acordo com Pohlmann et al. (2016, p. 404), não se pode considerar apenas uma causa no nascimento prematuro, mas sim “considerá-lo um fato com múltiplas causas, que podem ter sido as responsáveis pelo desencadeamento desta complicação”. Os autores citam, como causas que podem desencadear o parto prematuro, em geral associadas, as infecções maternas, a gravidez múltipla, o consumo de tabaco durante a gravidez, entre outros. “O nascimento prematuro pode ser provocado em caso de risco à saúde da mãe, do feto ou outra necessidade” (POHLMANN et al., 2016, p. 404).

2.3 CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

A prematuridade se reveste de importância na medida que a criança nesta situação tem maiores probabilidades de apresentar problemas de desenvolvimento. Nesse sentido, Almeida et al. (2013) comentam:

O nascimento de crianças de baixo peso constitui um dos grandes desafios aos serviços do SUS, não somente por elas demandarem maiores custos hospitalares, mas também, por apresentarem maior morbidade ao longo da vida, com risco aumentado de distúrbios metabólicos, déficits neurológicos e diminuição da capacidade cognitiva.

Conforme Guimarães et al. (2017), o cuidado com o prematuro inicia na avaliação das condições de nascimento destes, a partir do que serão colhidas informações pelos serviços de saúde para a organização do cuidado materno-infantil. E os cuidados para o RNPT inicia-se antes de seu nascimento. A detecção precoce dos sinais e dos sintomas que indicam um parto prematuro ocorre pela assistência pré-natal regular. Os serviços de saúde brasileiros estão preparados para o

acompanhamento pré-natal e assistência à futura mãe no sentido de proporcionar todas as condições de desenvolvimento seguro da gravidez.

Complementando essa ideia, Guimarães; Melo (2011, p. 58) afirmam que:

O pré-natal representa um importante aliado à redução dos índices de parto prematuro, pois é por meio dele que se identificam as características que representam fatores de risco e se tem condições de implantar medidas que possam contribuir para a sua prevenção. O aumento da prevalência da prematuridade está associado à qualidade do pré-natal e sua cobertura.

No entanto, após o nascimento, a criança demanda uma série de cuidados, que vão desde a higiene, até alimentação. Conforme Oliveira; Rodrigues (2015), os recém-nascidos, em especial os prematuros, devem receber cuidados adicionais à assistência pré-natal, cuidados estes que foram fundamentais para uma assistência de qualidade, tendo como consequência a redução da morbimortalidade peri e neonatal.

Os mesmos autores referem, entre os cuidados, o banho e a temperatura da água como fundamentais para a saúde do bebê. Elencam ainda o cuidado com o coto do cordão umbilical, a verificação do peso e sinais vitais do recém-nascido, A alimentação e a hidratação, bem como o cuidado com as eliminações do recém-nato.

A fase inicial de vida de um indivíduo se reveste de extrema importância porque pode determinar o curso de sua saúde na vida futura, pelo que os cuidados com o recém-nascido devem ter prioridade no atendimento de enfermagem dentro das unidades hospitalares e nos serviços de saúde pública (PEREIRA et al., 2013).

Os cuidados necessários ao recém-nascido cuidados devem se intensificar quando se trata de prematuros. Conforme Silva et al. (2012, p. 635), “anualmente, em torno de 20 milhões de neonatos nascem com baixo peso em consequência de um nascimento prematuro ou retardo do crescimento intrauterino, a maioria dessas crianças nasce em países subdesenvolvidos”. Contudo, os autores comentam que graças aos avanços da medicina na área da neonatologia, elevou-se o índice de sobrevivência dos RNPT, o que, até há algum tempo atrás, não eram consideradas viáveis pela ciência.

O recém-nascido prematuro fica na UTI neonatal até que tenha condições de acompanhar a mãe em sua casa. Nesse período, comentam Oliveira; Rodrigues (2015), recebem os cuidados necessários para o seu desenvolvimento, até atingir as

condições necessárias para uma vida saudável, buscando-se evitar os riscos de contaminação, enfermidades e problemas orgânicos e fisiológicos.

Nesse sentido, também se faz importante a qualidade do cuidado intensivo no período neonatal, sendo este apenas um fator dentre todos aqueles que determinam a qualidade de vida dos egressos da UTI neonatal. Segundo Duarte et al. (2013) o cuidado dispensado ao recém-nascido na UTI neonatal configura-se como uma assistência integral, que não diz respeito apenas à equipe multiprofissional, mas estende-se à família, tendo como foco a mãe com o objetivo de manter o vínculo materno, ao mesmo tempo em que auxilia no quadro de recuperação do RN sem maiores danos.

2.4 UTI NEONATAL

De acordo Silva et al. (2012), com As Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em geral, atuam seguindo uma rotina que se caracteriza pelas incertezas, pelo imediatismo das ações, pela instabilidade e variabilidade, podendo ser ambientes geradores de estresse aos profissionais. Em caráter mais específico, a UTIN se reveste de uma especificidade, pois lida com situações emocionais difíceis.

Conforme Klock; Erdmann (2012, p. 46), “a fragilidade e sofrimento de um bebê prematuro extremo, a morte, sentimentos de ansiedade e insegurança por parte dos familiares são constantes em seu cotidiano profissional”. Ainda segundo os autores:

A UTIN, por ser um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribui para comportamentos automatizados, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço (KLOCK; ERDMANN, 2012, p. 46).

A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é o serviço responsável pelo atendimento ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, ou que demanda cuidados especiais, como no caso dos RNPT (DAMIAN et al., 2016).

Freitas et al. (2018) comentam que a (UTIN) caracteriza-se por ser um ambiente destinado ao acolhimento e tratamento de RNPT ou aqueles recém-nascidos que apresentam algum tipo de problema ao nascer ou, de alguma forma, correm risco de morte. Conforme os autores:

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são setores hospitalares destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tem acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica (FREITAS et al., 2018, p. 229).

Para Klock, Erdmann (2012) a equipe que atua nesse ambiente vem, cada vez mais, buscando aperfeiçoamento e conhecimentos que os capacite no campo teórico-científico, demonstrando o interesse em ofertar as melhores condições de vida ao RN que necessita de cuidados intensivos.

Conforme Pereira et al. (2013), ao de defrontar com a troca do útero materno para o ambiente de uma UTIN, muito diferente, o recém-nascido sente o impacto, ao mesmo tempo em que fica exposto ao risco de contrair enfermidades e/ou infecções.

No útero o RN é envolvido em um líquido aquecido e é contido pela parede uterina, mantendo a sensação de conforto e segurança. Entretanto, ao nascer prematuramente, o RNPT é alocado em incubadora, em posição que favoreça a manipulação, com braços e pernas estendidos, fato que não colabora para sua organização (PEREIRA et al., 2013, p. 1273).

O período neonatal, que compreende os primeiros 28 dias de vida, é considerado como o mais vulnerável para a sobrevivência do indivíduo. Quando em situação de risco de morte, a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é o serviço de internação responsável pelo cuidado integral do recém-nascido, devendo possuir estrutura e condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. (DAMIAN et al., 2016)

2.5 PROTOCOLO DE MANUSEIO MÍNIMO EM PREMATUROS

Alguns ambientes, dentre eles o de uma unidade hospitalar possuem características próprias e rotinas de trabalho que devem ser seguidas, visando facilitar o trabalho, dinamizar as ações e minimizar os riscos de erros que venham a prejudicar o paciente. De acordo com Duarte et al. (2013), em uma UTIN essas rotinas, identificadas como cuidados de manuseio mínimo, são muito importantes, pois qualquer descuido, devido à fragilidade dos pacientes, pode ser fatal.

Por se tratar de um ambiente no qual prevalece às interações tecnológicas sobre as impessoais, Duarte et al. (2013) comentam que a UTIN impacta,

perpassando, com isso, um tom de frieza e desvalorização do cuidado humanizado. No entanto, Sousa et al. (2016), argumentam que as ações de cuidado e atenção ao ser recém-nascido e com fragilidade de saúde devem ser pautadas no carinho, na atenção constante e no cuidado extremamente humanizado.

Segundo o protocolo de manuseio mínimo da UFSC (2014, p. 1): “Cuidados de manuseio mínimo são condutas padronizadas realizadas pela equipe multiprofissional para minimizar o manuseio dos recém-nascidos com maior risco de apresentar hemorragia intracraniana”. A mesma fonte esclarece:

A realização dos cuidados de manuseio mínimo é direcionada aos RNPT com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou nascidos com muito baixo peso (inferior a 1500 gramas). Os cuidados de manuseio mínimo podem ser iniciados no momento do nascimento propriamente dito e também na primeira hora de vida (Golden Hour), além do transporte adequado para a unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, possibilitando a estabilidade clínica do paciente e minimizando traumas neste período de transição. A prescrição de cuidados de manuseio mínimo poderá ser discutida com a equipe multiprofissional e promovida para outros recém-nascidos gravemente enfermos. O período estabelecido para manutenção dos cuidados de manuseio mínimo deverá ser de 72 horas (3 dias), no entanto, se houver indicação de interrompê-lo devido instabilidade clínica do RN, poderá ser relativizado e prescrito pelo médico ou enfermeira quais cuidados serão mantidos ou suspensos (UFSC, 2014, p.1).

Almeida et al. (2013) comenta que a condição fetal, no útero da mãe, cujo ambiente oferece conforto e possibilidade de permanecer quase 80% do tempo em sono profundo, permite ao feto o desenvolvimento de todas as funções fisiológicas - crescimento e desenvolvimento cerebral. No entanto, os autores argumentam que a partir do nascimento, o recém-nascido fica exposto a uma série de fatores de risco, devido às intervenções necessárias e fundamentais à sua sobrevivência, mas que não evitam os efeitos indesejáveis e muitas vezes nocivos.

Tamez; Silva (2017, p. 83-4) elencam os principais fatores de risco e procedimentos que podem causar estresse e desconforto aos bebês na UTIN, mas que são extremamente necessários para garantir-lhes a sobrevivência:

- Procedimentos invasivos (às vezes desnecessárias) que podem provocar lesões de pele, desconforto e dor;
- Luz intensa que interfere no padrão dia e noite e na fisiologia do sono;
- Ruído excessivo que prejudica o desenvolvimento coclear.

Todas essas ações, ainda segundo os autores, são desencadeadoras de situações de estresse, que podem ter como consequência alguns picos hipertensivos,

alterações do sono e conseqüentemente, comprometimento neurológico. de acordo com a FIOCRUZ (2018, sp.): “O manuseio mínimo é muito importante nas primeiras 72 horas de vida e deve ser incorporado por todos os profissionais”.

Essa prática “compreende a redução da manipulação do recém-nascido pré-termo (RNPT), possibilitando melhora do sono, alinhamento céfalo-caudal adequado, manutenção de temperatura corporal e melhoria do padrão respiratório” (UFSC, 2014, sp.).

2.6 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O MANUSEIO MÍNIMO EM PREMATUROS

O Protocolo de Manuseio Mínimo para Recém-Nascidos, da Universidade Federal De Santa Catarina (UFSC, 2014), elencou a seguintes atribuições da equipe multiprofissional para o manuseio mínimo em prematuros:

- Preparar a incubadora para a admissão do recém-nascido, organizando rolinhos para alinhamento, ninho e colchão piramidal, prevendo temperatura e umidificação adequadas, bem como, a colocação da plaquinha de alinhamento céfalo-caudal adequado (rotina da unidade).

- Orientar os pais sobre todos os cuidados de manuseio mínimo realizados e os objetivos dessa conduta, além de incluí-los no processo, quando possível;

- Manter o RN em decúbito dorsal nos primeiros 3 dias de vida, sempre alinhando a cabeça à linha mediana (ponta do nariz na linha do umbigo) com apoio de coxim/rolinhos para posicionamento da cabeça e a flexão e adução de membros, envolto e dentro do ninho.

- Realizar a troca de lençol após o 3º dia de vida. Anterior a esse período, realizar a troca do lençol somente se houver umidade ou sujidade próximo ao corpo do RN. O Enfermeiro ou Fisioterapeuta deverá auxiliar nesta atividade;

- Manter lençol extra dentro da incubadora (afastado do RN) com objetivo de proteger o corpo do RN quando abertas as portinholas (evitando correntes de ar frio do ar condicionado);

- Evitar a abertura da porta da incubadora. Abrir e fechar as portinholas da incubadora com cuidado e somente quando necessário. Manter todos os orifícios da incubadora fechados, minimizando perda de calor;

- Não pesar o RN antes do 3º dia de vida e, após esse período, seguir a rotina de pesagem da unidade;

- Trocar fraldas a cada 6h (08,14,20,02) nos primeiros 3 dias de vida. Ao realizar a troca de fraldas, lateralizar o RN sem elevar membros inferiores, ou seja, sempre movimentando em bloco. Se visualização de eliminações vesicais e intestinais consideráveis, trocá-lo antes do horário previsto;

- Verificar a temperatura corporal através do medidor cutâneo do monitor até o 3º dia de vida e registrar a cada 3 horas. Aferir a cada 6 horas a temperatura axilar com termômetro clínico (08,14,20,02), registrar a axilar e a do medidor cutâneo e comparar com a temperatura do medidor cutâneo.

- Demais sinais vitais deverão ser analisados e registrados a cada 3 horas, ou seja, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura cutânea, escore da dor. Nos casos de prescrição médica para aferir pressão arterial, deverá ser seguido o horário indicado;

- Trocar o local do medidor de temperatura cutânea a cada 3 horas com o objetivo de prevenir lesões de pele;

- Aplicar placa fina de hidrocolóide nos MMII no primeiro dia de vida e realizar rodízio do sensor de oximetria a cada 3 horas. Lembrar que a placa deverá ser removida se houver sujidades ou umidade aumentada ou após 7 dias de uso; - respeitar a hora de descanso e garantir que o RN tenha um período de, no mínimo, 3 horas de descanso, agrupando os cuidados e procedimentos;

- Agrupar os procedimentos e executá-los de forma contínua, lenta e gentil, conforme a tolerância do RN. Promover suporte com auxílio de ninhos e rolinhos para o posicionamento adequado do RN;

- Sempre utilizar a bandeja embutida na incubadora e no berço para realizar radiografia;

- Realizar procedimentos dolorosos e estressantes em dupla, promovendo medidas não farmacológicas de alívio da dor, como contenção e enrolamento. Administrar analgésico, se prescrito pelo médico, antes de realizar o manuseio do RN

- A aspiração endotraqueal e de vias aéreas superiores deverá ocorrer somente quando clinicamente necessário, ou seja, quando verificada queda de saturação de oxigênio, expansibilidade torácica diminuída, ausculta pulmonar com roncos/estertores bolhosos, ou diminuída e/ou visualização da secreção subindo pelo tubo orotraqueal. Este procedimento será realizado pelo Enfermeiro ou Fisioterapeuta,

salvo em situações de emergências ou quando estes profissionais não estiverem disponíveis;

- Higiene corporal durante o período de cuidados de manuseio mínimo deverá ocorrer somente na vigência de sujidades (sempre com água destilada estéril e morna);

- Após o 3º dia de vida, realizar mudança de decúbito através da lateralização em bloco para os RN com IG inferior a 29 semanas (até completar 29 semanas).

Portanto, o trabalho em UTIN não é tarefa fácil e demanda preparo, atenção e disponibilidade para um trabalho que se reveste de muita importância e do qual depende a sobrevivência do recém-nascido prematuro. Conforme Pereira et al. (2013), a assistência nesse ambiente que consiste no manuseio adequado dos recém-nascidos assistidos, que ficam expostos aos avanços tecnológicos, como o barulho das modernas máquinas, iluminação artificial, entre outros, vem sendo foco da atenção de organismos governamentais nacionais e internacionais, tendo como objetivo o desenvolvimento adequado e o equilíbrio das necessidades biológicas, ambientais e familiares.

Silva et al. (2012, p. 638) argumentam que os RNPT precisam de uma atenção especial, diferenciada, de toda a equipe de saúde – médicos, psicólogos, entre outros profissionais. Salientam também que essa assistência deve existir “não apenas durante o período neonatal, mas, de preferência, até os cinco anos de idade, como forma de minimizar possíveis efeitos da prematuridade em seu desenvolvimento neuropsicomotor”.

Considerando a especificidade do neonato pré-termo, que não ficou por tempo suficiente no interior do útero materno, Silva et al. (2012), entende que seus sistemas orgânicos ainda estejam imaturos, sendo muito influente no processo de transição neonatal, isto é, na passagem da vida intrauterina para a extrauterina, o que pode colocara o bebê sob risco de complicações. Para os autores, essa condição exige dos profissionais que atuam na UTIN máxima dedicação e muita experiência, pois podem se deparar com situações críticas que exigirão ações rápidas e decisivas.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo, cujo objetivo foi conhecer os benefícios do protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital do da Região Sul Catarinense, teve como base uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido aplicando um questionário aos profissionais atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no turno vespertino. A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. “A pesquisa qualitativa trabalha com motivos, crenças valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2010, p. 22).

Na pesquisa qualitativa “tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador” (LEOPARDI, 2002, p.119).

3.2 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa do tipo descritivo exploratório e de campo. A pesquisa exploratória-descritiva tem como finalidade “desenvolver, esclarecer, modificar e aprimorar ideias”; descrevendo as características de determinados fenômenos. São incluídas no grupo de pesquisas descritivas as que têm objetivo de levantar “as opiniões, atitudes e crenças de uma população” (GIL, 2010, p. 42).

Pesquisas exploratórias “permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” (LEOPARDI, 2002, p.119).

3.3 LOCAL DE ESTUDO

Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal de um Hospital da Região Sul Catarinense.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

O questionário foi aplicado com todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional da UTI Neonatal que atuam com o protocolo de manuseio mínimo em prematuros, totalizando nove profissionais da área da saúde, entre médicos; fisioterapeuta; enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3.4.1 Critério de inclusão

- Equipe multiprofissional da UTI Neonatal que atuam com o protocolo de manuseio mínimo em prematuros;
- Aceitação para participar da pesquisa segundo a Resolução 510/2016, que trata das diretrizes relacionadas à ética em pesquisa.

3.4.2 Critério de exclusão

- Profissionais de licença, afastamento ou férias;
- Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5 PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação do questionário semiestruturado para identificar o benefício do protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) de um Hospital da Região Sul Catarinense. (Apêndice A).

Foi solicitado a autorização para a realização da pesquisa com a Diretoria do Serviço de Enfermagem e Direção Técnica do Hospital e posteriormente o projeto de Trabalho de Conclusão de foi encaminhado e aprovado encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC. O levantamento dos dados ocorreu da seguinte

forma:

1º Momento: Reconhecimento do campo de pesquisa.

2º Momento: Realização de seleção intencional da Equipe Multiprofissional.

3º Momento: Aplicação do questionário semiestruturado com a equipe multiprofissional da UTI neonatal (Apêndice A).

4º Momento: Realização da análise e interpretação dos dados.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

“Um dos procedimentos mais úteis para a investigação qualitativa é a formulação e organização dos dados em categorias” (LEOPARDI, 2002, p.223). Categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, são estabelecidas para classificar os eventos. Categorizar é agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito (LEOPARDI, 2002; MINAYO, 2010).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na Resolução 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Os aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem devem ser assegurados aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 466/2012 e 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos participantes o anonimato e sigilo referente ao questionário; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

Como benefício da pesquisa a partir do conhecimento das possibilidades e limitações para a utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros; poderemos sugerir adaptação do protocolo segundo a visão dos profissionais e capacitação sobre a temática. O conhecimento da experiência da equipe multiprofissional sobre o protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital da Região Sul Catarinense poderá alicerçar práticas de cuidado com segurança ao prematuro.

A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa será utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa (Apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi desenvolvido com nove profissionais da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Aplicou-se entrevista semiestruturada, na forma de questionário aos profissionais. A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir da análise de conteúdo.

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo parecer nº 081745/2018 iniciou-se a coleta de dados. Através da aplicação do instrumento de pesquisa, caracterizou-se o perfil com levantamento da faixa etária, profissão, e as categorias norteadoras da entrevista foram:

Categoria 1 - O preparo da equipe para utilizar o protocolo de manuseio mínimo em prematuros e se foram capacitados

Categoria 2 - Os critérios/possibilidades/ benefícios para utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros?

Categoria 3 - As limitações e necessidades de adaptação para a utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros?

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da resolução 510/2016 que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra “P” para distinguir as pacientes; seguido do respectivo número – P1 a P8.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, nove funcionárias, responderam o questionário, todas do sexo feminino, com faixa etária entre 22 a 43 anos. Todas com formação na área da saúde: Médica, Fisioterapeuta, Enfermeiras, Técnicas de enfermagem. Entre as entrevistas, quatro possuem especialização. O tempo que possuem de serviço em Unidade de tratamento intensiva neonatal é de dez meses a seis anos. Observa-se os dados demonstrados na tabela 1, apresentadas abaixo.

Sendo o trabalho de nas UTIC de extrema importância e que demanda cuidados especiais, pois trata de pacientes de risco, a capacitação é fundamental, não

podendo deixar-se à mercê de profissionais não habilitados, conforme preconizam Klock, Erdmann (2012) e Sousa et al. (2016).

No entanto, nem sempre os profissionais que atuam nestas unidades possuem experiência suficiente para desenvolver atividades que envolve risco e cuidados extremados, como mostra os dados levantados neste estudo e que se coadunam com outros estudos (ALMEIDA et al., 2013; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2015; FIOCRUZ, 2018).

Tabela 1. Perfil dos participantes quanto à idade/gênero, formação, especialização e tempo de UTIN

| PARTICIPANTE | IDADE | SEXO | FORMAÇÃO | ESPECIALIZAÇÃO | TEMPO DE UTIN |
|---------------------|--------------|-------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------|
| P1 | 30 a | F | ENFERMEIRA | POS EM OBSTETRICIA | 2 SEMANAS |
| P2 | 28 a | F | TEC.ENFERMAGEM | | 1ano2meses |
| P3 | 43 a | F | MÉDICA | NEONATOLOGISTA | 20 ANOS |
| P4 | 28 a | F | ENFERMEIRA | UTIN E PEDIATRICA | 3 ANOS |
| P5 | 26 a | F | TEC.ENFERMAGEM | | 1ano2meses |
| P6 | 22 a | F | TEC.ENFERMAGEM | | 11 meses |
| P7 | 28 a | F | TEC.ENFERMAGEM | | 1ano2meses |
| P8 | 27 a | F | TEC.ENFERMAGEM | | 10 meses |
| P9 | 32 a | F | FISIOTERAPEUTA | FISIOCARDIORESPIRATORIA | 5anos6 meses |

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A UTIN, atualmente, deve ser composta por vários profissionais, porém, em geral, atuam nela técnicos de enfermagem, poucos enfermeiros e médicos. A especificidade da clientela exige que outros profissionais atuem de forma a atender integralmente o ser em desenvolvimento. Conforme Pontes et al. (2014), o papel dos profissionais de saúde é fundamental no processo terapêutico da criança dentro de uma UTI neonatal, contribuindo para a sobrevivência do neonato, especialmente se este se encontra em situação de risco.

Os profissionais que atuam numa UTI devem ter como objetivo comum a recuperação do paciente em tempo hábil, pautada num ambiente físico e psicológico adequados. Em qualquer situação, Souza; Ferreira (2010) comentam que a formação

de uma equipe multiprofissional está sempre na dependência das necessidades do paciente e baseia-se nos objetivos da unidade. De acordo com os autores:

A assistência é prestada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e pessoal administrativo que são lotados na unidade, além de profissionais como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, os quais são responsáveis por responder pela demanda referida do local.

Pontes et al. (2014) comentam que, de uma forma geral, a constituição de uma equipe multiprofissional numa UTI deve contar com médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, sociólogo e teólogo. Desde o planejamento e organização da UTI até o atendimento, recuperação e alta dos pacientes deve se fazer notar a participação da equipe multiprofissional. No caso da UTIN, os profissionais podem ser restritos a médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, fisioterapeuta e fisioterapeuta cardiorrespiratório e nutricionista.

4.2 CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DO INSTRUMENTO

As respostas foram agrupadas em categorias e transcritas algumas das mais importantes, buscando o atendimento do objetivo da pesquisa

4.2.1 Categoria 1 - O preparo da equipe para utilizar o protocolo de manuseio mínimo em prematuros e se foram capacitados

Todas as colaboradoras entrevistadas não receberam treinamentos para o uso do protocolo de manuseio mínimo, porém, todos tem o conhecimento e seguem orientações de uso.

P1 “Sim, utilizo o protocolo de manuseio mínimo, quando os neonatologistas solicitam.”

P2 “Sim, porém, ele ainda está em andamento, sendo seguidas orientações dos plantonistas.”

P4: “A equipe não foi devidamente capacitada para a utilização do protocolo. Como vim de outra instituição, tive a oportunidade de ser capacitada.”

P5: “Não, apenas aprendemos na prática sobre o protocolo de manuseio mínimo, porém, não houve um treinamento específico.”

Neste estudo, evidenciou que todas as colaboradoras tem conhecimento do protocolo do manuseio mínimo, porém, não foram capacitadas para a utilização do

mesmo. Conforme descrito por elas, sempre que os plantonistas solicitam o uso do protocolo de manuseio mínimo elas colocam em prática, para contribuição da melhora do paciente prematuro. “Cuidados de manuseio mínimo são condutas padronizadas realizadas pela equipe multiprofissional para minimizar o manuseio dos recém-nascidos com maior risco de apresentar hemorragia intracraniana” (UFSC, 2014, p. 1).

O avanço tecnológico em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem colaborado para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT), porém, conforme Pontes et al. (2014), fatores como grande número de procedimentos invasivos, necessidade constante de luz, ruído, ambiente e a manipulação excessiva durante o cuidado acarretam uma série de efeitos adversos que desencadeiam alterações no desenvolvimento dos neonatos, principalmente dos RNPT.

As possibilidades de surgimento de consequências no desenvolvimento neurocomportamental do RN prematuro, durante o cuidado, provêm da própria condição fisiopatológica ou são provocadas pelo uso da terapêutica, da ambiência, do manuseio excessivo e outros fatores que podem interferir no bem-estar do bebê (TAMEZ; SILVA, 2017). Para subsidiar a prática de cuidados de enfermagem com os RNPT, o uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais e também são instrumentos legais (GIORDANI et al., 2017).

O trabalho construído dentro dos princípios da prática baseada em evidências, oferece as melhores opções disponíveis de cuidado, conforme Silva et al. (2012). O enfermeiro, por prestar atendimento de forma contínua, deve estabelecer planos de ação que visem o agrupamento de procedimentos respeitando períodos de sono do RNPT (MAGALHÃES et al., 2011), redução de fatores ambientais como a luz forte e o barulho intenso, medidas que garantem conforto como: o alívio da dor, um bom posicionamento e toque com carinho (GIORDANI et al., 2017). Além de promover o contato familiar, buscando humanizar a assistência e favorecer o desenvolvimento adequado do prematuro (DUARTE et al., 2013).

A união de todas as ações realizadas é essencial na eficácia da assistência ao prematuro extremo, entretanto é necessário intensificar essa prática com elaboração de protocolos institucionais, capacitação das equipes e comprometimento profissional,

visando assegurar um cuidado eficaz na promoção, humanização e do bem-estar do neonato (GIORDANI et al., 2017).

Constatou-se, pelos dados da pesquisa, que com a finalidade de contribuir para a minimização dos manuseios de rotina com o RN na unidade de terapia intensiva neonatal da instituição do estudo, foi estabelecida uma orientação de protocolo criado pelas enfermeiras, para usar com o prematuro, sempre que tenha orientação médica, como indicado por Duarte et al. (2013) e como estratégia para incentivar a equipe multiprofissional atuante na UTIN, em especial a equipe de enfermagem, sobre a importância do atendimento humanizado ao RN de risco internado em UTIN, preconizado por Magalhães et al. (2011).

Numa UTIN, os recém-nascidos são constantemente manipulados e de forma intensa, sendo o atendimento realizado por vários profissionais, pois estes internos demandam a realização de vários procedimentos, além das intervenções medicamentosas. Por isso, a falta de padronização dos procedimentos pode interromper o sono do recém-nascido, desencadeando estresse, segundo Giordani et al. (2017).

Silva et al. (2012, p. 637) elenca os cuidados que devem constar do protocolo de assistência ao RNPT na unidade: a) Minimizar todos os outros estímulos como luminosos, sonoros, entre outros; b) Priorizar, se possível, posicionamento em decúbito lateral direito ou esquerdo; c) Usar estratégias para o manejo da dor conforme descrito em cuidados especiais; d) Executar os procedimentos em etapas, permitindo a recuperação fisiológica e comportamental; e) Dar suporte: oxigênio, contenção, enrolamento (do corpo todo ou parte), sucção, preensão, apoio para os pés, etc; e f) Alternar períodos de descanso, individualizados pelas respostas do beneficiário.

Conforme Souza et al. (2016), os profissionais que atuam nesse campo devem estar atentos para os sinais comportamentais indicativos de dor como: choro, atividade motora (braço, pernas) e expressão facial. Nesse caso, recomendam a adoção de medidas não farmacológicas para alívio de dor e stress.

4.2.2. Categoria 2 - Os critérios/possibilidades/benefícios para utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros.

Quando questionadas sobre os critérios do protocolo de manuseio mínimo para os prematuros, as entrevistadas destacam a questão da idade gestacional, peso e gravidade do RN. Perante os benefícios descrevem evitar hemorragia intracraniano, sequelas, cuidados com a pele.

P1: “Idade gestacional do nascimento, peso do RN.”

P2: “Prematuros abaixo de 32 semanas e com peso menor ou igual à 1,500kg. As primeiras 72hs de vida, são essenciais, deve-se evitar mudanças de decúbito, procedimentos invasivos desnecessários, luz intensa, ruído excessivo, pois esses episódios podem causar estresses, alterações do sono, picos hipertensivos, hemorragia craniana, acarretando comprometimento neurológico. O protocolo tem como objetivo de preservar o desenvolvimento neurológico do RN, minimizando sequelas.”

P4: “Idade gestacional menor que 37 semanas e peso inferior à 1,500kg. Neuroproteção, mantém pele íntegra, maior conforto para o recém-nascido, garante maior estabilidade hemodinâmica ao paciente.”

P5: “Crianças menores de 32 semanas e 1,500kg.”

P6: “Peso e idade gestacional. Diminuição do risco de sangramento intracraniano.”

P7: “Idade gestacional menor de 32 semanas e peso menor de 1,500kg.”

P8: “Menor de 32 semanas e peso abaixo de 1,500kg.”

A realização dos cuidados de manuseio mínimo é direcionada aos RNPT com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou nascidos com muito baixo peso (inferior a 1500 gramas). Os cuidados de manuseio mínimo podem ser iniciados no momento do nascimento propriamente dito e também na primeira hora de vida, chamado de *golden hour*, além do transporte adequado para a unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UFSC, 2014), possibilitando a estabilidade clínica do paciente e minimizando traumas neste período de transição (CABRAL; VELLOSO, 2014).

A prescrição de cuidados de manuseio mínimo poderá ser discutida com a equipe multiprofissional e promovida para outros recém-nascidos gravemente enfermos. O período estabelecido para manutenção dos cuidados de manuseio mínimo deverá ser de 72 horas (3 dias), no entanto, se houver indicação de interrompê-lo devido instabilidade clínica do RN, poderá ser relativizado e prescrito

pelo médico ou enfermeira quais cuidados serão mantidos ou suspensos (UFSC, 2014).

Vale ressaltar, que se toda a equipe estiver bem preparada e treinada para o atendimento ao recém-nascido prematuro, logo nas suas primeiras horas de vida, tem maiores chances de evitar complicações futuras como sequelas.

Conforme Magalhães et al. (2011), os benefícios do protocolo de manuseio mínimo tem como objetivo, melhorar a sobrevivência, qualidade de vida e o desenvolvimento integral dos recém-nascidos internados na UTIN, manter estabilidade clínica do RN, minimizar taxas de infecção hospitalar e ocorrências de lesão na pele do RN, reduzir número e tempo de manuseio ao RN internado em UTIN, minimizar os manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do RN, minimizando assim as manifestações de estresse, dor, respostas fisiológicas e comportamentais.

Cabral e Veloso (2014) definem o protocolo de manuseio mínimo para recém-nascidos como “um conjunto de condutas padronizadas realizadas pela equipe multiprofissional que garantem o menor número de manipulações possível do RN prematuro extremo internado em uma UTI Neonatal”. Conforme os autores a adoção dessa estratégia ajuda a melhorar o sono do bebê, bem como seu padrão respiratório, bem como melhora o alinhamento céfalo-caudal.

Tamez e Silva (2017) acrescentam nos benefícios da adoção do protocolo mínimo a manutenção de temperatura corporal; melhoria do funcionamento do pulmão e de outros órgãos, mas como a principal entre todas as vantagens, evitar sangramento intracraniano.

Com isso, sugere-se que os benefícios gerados pela adoção da estratégia referida diminuem os riscos de complicações para o prematuro, melhorando seu prognóstico de vida e minimizando a possibilidade de sequelas.

4.2.3. Categoria 3 - As limitações e necessidades de adaptação para a utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros.

Os sujeitos da pesquisa entendem ser importante a criação de um protocolo de manuseio mínimo para o atendimento aos prematuros, objetivando que todos tenham o conhecimento, participem de treinamentos e sigam todos realizando o protocolo de

forma igual, a fim de evitar danos à saúde de RN prematuro. Como descrevem as seguintes falas:

P2: “Nossas limitações são as coletas de exames laboratoriais, raio x, com certa frequência solicitadas por plantonistas. Sim na adaptação do protocolo, em casos de gravidade do RN, hemorragias, deve – se estender o protocolo por maior tempo.”

P3: “As limitações são monitoração em casos graves, acesso venoso difícil, mínimo de coletas de sangue, sensibilização dos médicos, analgesia métodos farmacológicos e não-farmacológicos. Na adaptação do protocolo padronização e repetição constante da sistemática, do protocolo e treinamento frequente da equipe.”

P6: “As limitações são em RN's graves, necessidades de coletas de exames. Um protocolo mais elaborado em que todos da equipe tenham acesso.”

P8: “Devido ao agravo do quadro clínico exige-se menos números de manuseio ao RN.”

O cuidado de manuseio mínimo compreende a redução da manipulação do recém-nascido pré-termo (RNPT), possibilitando melhora do estado geral e minimizando riscos, como já referido. De acordo com os respondentes, existem limitações e a elaboração de um protocolo para a unidade responderia às necessidades e dificuldades encontradas. As respostas vão de encontro à opinião de autores como Klock, Edmann (2012), Cabral; Velloso (2014), Sousa et al. (2016) e Tamez; Silva (2017). Todos concordam que a adoção de protocolo de manuseio mínimo em UTIN facilita as ações, minimiza os riscos e aumenta as chances de recuperação rápida do bebê. Portanto, de acordo com os respondentes, torna-se muito necessária a criação e adoção de um procedimento operacional padrão (POP) para o atendimento de prematuros na UTI da unidade hospitalar em estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho priorizou a descrição dos colaboradores da Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal (UTI) de um hospital da região sul catarinense, inaugurada há cerca de um ano e quatro meses, bem como a sua visão sobre a adoção de um protocolo de manuseio mínimo para o atendimento de neonatos.

O trabalho, que se iniciou com uma revisão de estudos publicados e livros e culminou com a pesquisa exploratória realizada com profissionais de saúde que atuam na UTIN, revelou que existem benefícios múltiplos quando se adota, nesta unidade, um procedimento operacional padrão (POP) representado por um protocolo de manuseio mínimo, caracterizado por um conjunto de ações padronizadas e que são realizadas pela equipe multiprofissional que nela trabalha.

Constatou-se pelos dados da pesquisa que os profissionais conhecem as ações mínimas que deverão constar de um protocolo, as quais priorizam a diminuição do estresse e da dor causados aos recém-nascidos resultante dos manuseios excessivos, e apontam como um dos principais benefícios da adoção dessa estratégia a dedução das taxas de hemorragia intracraniana e outras enfermidades que possam ser induzidas pelo manuseio excessivo. Além disso, a adoção do protocolo pode melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos de sequelas e morte dos prematuros.

A equipe está sempre se aperfeiçoando e buscando novos conhecimentos. Constatou-se, pelos dados levantados com a pesquisa, que os sujeitos da pesquisa entendem a necessidade da criação de protocolo de manuseio mínimo, onde todos possam seguir as orientações descritas no mesmo, o que, segundo seu entendimento, seria importante para a diminuição de riscos de agravos e/ou possibilidade de infecções e doenças associadas.

Todos reconhecem a importância e as vantagens do manuseio mínimo na vida de um recém-nascido prematuro. De acordo com informações da gerência da Unidade de Tratamento intensivo Neonatal (UTIN), já está sendo criado o referido protocolo para esta unidade, porém ainda em processo de adaptação de alguns pontos. Comenta ainda a criação de novos protocolos todos em benefícios do RN prematuro, como protocolo da dor.

O estudo foi importante como fonte de conhecimento e aperfeiçoamento, bem como para investigar o posicionamento dos profissionais que atuam na unidade, proporcionando à administração hospitalar subsídios que poderão contribuir para a

melhoria do atendimento dos recém-nascidos e dos RNPT, sendo importante para a aquisição de conhecimentos, da mesma forma que foi possível, e muito importante, conhecer a rotina de uma unidade de tratamento intensivo neonatal, bem como as dificuldades encontradas durante o tratamento de um RN prematuro.

Constatou-se que a equipe precisa adaptar-se para a adoção de um protocolo mínimo, tendo em vista que não existe padronização de procedimentos, apesar de todos conhecerem a rotina necessária para o atendimento da clientela da unidade. Sendo assim, verificou-se que com pequenas adaptações é possível capacitar a equipe para a adoção dessa estratégia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T.S.O. et al. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. São Caetano do Sul, v. 17, n. 3, p. 301-308, 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CABRAL, L. A. VELLOSO, M. Comparação dos efeitos de protocolos de manuseio mínimo em parâmetros fisiológicos de prematuros submetidos à terapia de surfactante exógeno. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. São Carlos, v. 18, n. 2, p. 152-64, mar./apr., 2014.
- DAMIAN, A.; WATERKEMPER, R.; PALUDO, C. A. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 100-105, jul. 2016.
- DUARTE, E.D. et al. A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulações da gestão, ensino e assistência. **Revista da Escola Ana Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 713-20, out./dez., 2013.
- FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF/Fiocruz). **Manuseio Mínimo do Recém-Nascido**, 2018. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/manuseio-minimo-do-recem-nascido/>. Acesso em: 13 mai., 2019.
- FREITAS, M.C.N.; et al. Caracterização dos recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. Jabotão dos Guararapes, v. 12, n. 40, p. 228-42, 2018.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIORDANI, Ana Tamara K.; BERTE, Caroline; LOUREIRO, Pamela Charlene. Cuidados essenciais com o prematuro extremo: elaboração do protocolo mínimo manuseio. **Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde**. Cascavel, v. 3, n. 2, p. 165-72, jul./dez., 2017.
- GUIMARÃES, E.A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 26, n. 1, p. 91-98, jan./mar., 2017.
- GUIMARÃES, E.C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Revista da Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 54-61, jan./mar., 2011.
- KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Cuidado do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/ sobreviver à luz da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 45-51, 2012.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOPES, J.M.A. et al. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. **Documento Científico**. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria, n. 2, p. 1-6, nov., 2017.

LORENA, S.H.T.; BRITO, J.M.S. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**. São Paulo, v. 72, n. 3, p. 360-4, mai./jun., 2009.

MAGALHÃES, F.J. et al. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, p. 136-43, jan/mar, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, I.C.S.; RODRIGUES, R.G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em Neonatologia (1937-1979). **Texto & Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 498-505, out./dez., 2015.

PAIVA, A.L.P. **Estudo da mortalidade perinatal em Cataguases, Minas Gerais**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

PEREIRA, F.L. et al. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1272-8, 2013.

POHLMANN, F. C.; et al. Parto prematuro: abordagens presentes na produção científica nacional e internacional. **Enfermería Global**. Buenos Aires, n. 42, p. 308-409, abr., 2016.

PONTES, E.P.; COUTO, D.L.; LARA, H.M.S. Comunicação não verbal na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 158-163, jan./mar., 2014.

SILVA, C.A. et al. Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 328-35, 2012.

SILVEIRA, M.F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 52, n. 5, p. 957-64, 2018.

SOUSA, M.S.M. et al. Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na UTI. **Revista Saúde em Foco**. Teresina, v. 3, n. 1, art. 1, p. 94-106, jan./jun., 2016.

SOUZA, K.M.O.; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010.

TAMEZ, N. R.; SILVA, P.J.M. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2017.

UFSC. **Protocolo de Manuseio Mínimo para Recém-Nascidos**. Universidade Federal De Santa Catarina, Hospital Universitário Polydoro Ernani De São Thiago Unidade De Internação Neonatal, 2014.

APÊNDICE A - Questionário Semiestruturado com a Equipe multiprofissional**Perfil da Equipe multiprofissional**

Sexo: () M () F

Idade: _____

Tempo de Trabalho na UTI neonatal: _____ anos _____ meses

Formação:

Especialização:

1. Qual o preparo da equipe para utilizar o protocolo de manuseio mínimo em prematuros? A equipe foi capacitada? E você?

2. Você utiliza o protocolo? () sim () Não. Justifique.

3 - Quais os critérios para utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros?

4 - Quais as possibilidades/benefícios para a utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros?

5 - Quais as limitações para a utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros?

6 - Na sua opinião existe necessidade de adaptação do protocolo? Se sim, quais?
O que você sugere sobre a temática?

APÊNDICE B - TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: OS BENEFÍCIOS DO PROTOCOLO DE MANUSEIO MÍNIMO EM PREMATUROS DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL CATARINENSE

Objetivo: Conhecer os benefícios do protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Internação de um Hospital da Região Sul Catarinense.

Período da coleta de dados: 1/08/2019 à 30/09/2019.

Tempo estimado para cada coleta: 20min a 30min para aplicação da entrevista semiestruturada e assinatura do TCLE.

Local da coleta: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Pesquisador/Orientador: Rozilda Lopes de Souza - Telefone:(48)998116930

Pesquisador/Acadêmico: Mariléia de Souza Cardoso - Telefone: (48) 999049435

10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

A coleta de dados ocorrerá por meio da aplicação do questionário semiestruturado para identificar o benefício do protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Internação de um Hospital da Região Sul Catarinense.(Apêndice A).

Inicialmente será solicitada autorização para a realização da pesquisa com a Diretoria do Serviço de Enfermagem e Direção Técnica do Hospital e posteriormente o projeto de Trabalho de Conclusão de Curso será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC. O levantamento dos dados ocorrerá nos seguintes momentos:

1º Momento: Reconhecimento do campo de pesquisa.

2º Momento: Realização de seleção intencional da Equipe Multiprofissional.

3º Momento: Aplicação do questionário semiestruturado com a equipe multiprofissional da UTI neonatal.

4º Momento: Realização da análise e interpretação dos dados.

RISCOS: Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 466/2012 e 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

BENEFÍCIOS: Como benefício da pesquisa a partir do conhecimento das possibilidades e limitações para a utilização do protocolo de manuseio mínimo em prematuros; poderemos sugerir adaptação do protocolo segundo a visão dos profissionais e capacitação sobre a temática. O conhecimento da experiência da equipe multiprofissional sobre o protocolo de manuseio mínimo em prematuros, na Unidade de Internação de um Hospital da Região Sul Catarinense poderá alicerçar práticas de cuidado com segurança ao prematuro.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, em como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) **Mariléia de Souza Cardoso** pelo telefone (48) 999049435 e/ou pelo e-mail mari_surfrasta@hotmail.com

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

| ASSINATURAS | |
|---|---|
| Voluntário(a)/Participante | Pesquisador(a) Responsável |
| _____ | _____ |
| Assinatura | Assinatura |
| Nome: | Nome: |
| _____ | _____ |
| CPF: _____ . _____ . _____ - _____ | CPF: _____ . _____ . _____ - _____ |

Criciúma (SC), 28 de Outubro de 2019.