

Islandia Maria Rodrigues Silva
Geovania Vieira de Brito
Juliana Coimbra Gonçalves Coelho de Rezende
Viviane de Sá Coelho Silva
(Organizadoras)



o Arco de Maguerez

como ferramenta pedagógica para
a qualificação do Cuidado Neonatal



AYA EDITORA
2023

**Islandia Maria Rodrigues Silva
Geovania Vieira de Brito
Juliana Coimbra Gonçalves Coelho de Rezende
Viviane de Sá Coelho Silva
(Organizadoras)**

O Arco de Maguerez como ferramenta pedagógica para a qualificação do Cuidado Neonatal

**Ponta Grossa
2023**

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadoras

Islandia Maria Rodrigues Silva

Geovania Vieira de Brito

Juliana Coimbra Gonçalves Coelho de Rezende

Viviane de Sá Coelho Silva

Capa

AYA Editora©

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora©

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.^a Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.^o Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.^o Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.^o Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.^o Dr. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.^a Dr.^a Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.^o Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.^o Dr. Rafael da Silva Fernandes

Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.^a Dr.^a Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^o Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.^a Ma. Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.^o Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.^o Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

**Prof.^a Dr.^a Silvia Aparecida Medeiros
Rodrigues**

Faculdade Sagrada Família

Prof.^a Dr.^a Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

**Prof.^a Dr.^a Sueli de Fátima de Oliveira
Miranda Santos**

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

© 2023 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelas autoras para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas nos capítulos deste Livro, bem como as opiniões nele emitidas são de inteira responsabilidade de suas autoras e não representam necessariamente a opinião desta editora.

Este livro é resultado dos trabalhos apresentados para a conclusão do curso de Especialização em Enfermagem Neonatal pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Os trabalhos foram aprovados por uma banca avaliadora da instituição. O conteúdo deste livro passou por uma avaliação duplo cega.

A6751 O Arco de Magueréz como ferramenta pedagógica para qualificação do cuidado neonatal [recurso eletrônico]. / Islandia Maria Rodrigues Silva (organizadora)... [et al.] -- Ponta Grossa: Aya, 2023. 73 p.

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-286-9

DOI: 10.47573/aya.5379.2.208

1. Magueréz, Charles. 2. Educação- Filosofia. 3. Recém-nascidos- Cuidado e tratamento- Brasil. 4. Neonatologia. I. Silva, Islandia Maria Rodrigues. II. Brito, Geovania Vieira de. III. Rezende, Juliana Coimbra Gonçalves Coelho de. IV. Silva, Viviane de Sá Coelho. V. Título

CDD: 649.1

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Prefácio 8

01

Acolhimento e suporte aos pais e família na unidade neonatal: projeto humanizaneio..... 10

Geovania Vieira de Brito

Nilza Bezerra Pinheiro da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.208.1

02

Segurança do paciente no cuidado neonatal: relatando a experiência da aplicação do Arco de Magueréz 24

Islandia Maria Rodrigues Silva

Nilza Bezerra Pinheiro da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.208.2

03

Boas práticas para o manejo e manutenção de cateteres venosos centrais na unidade de terapia intensiva neonatal: um relato de experiência..... 38

Juliana Coimbra Gonçalves Coelho de Rezende

Nilza Bezerra Pinheiro da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.208.3

04

O Arco de Maguerez como ferramenta para a promoção de práticas seguras no preparo e administração de medicamentos em neonatologia.... 53

Viviane de Sá Coelho Silva
Nilza Bezerra Pinheiro da Silva
DOI: [10.47573/aya.5379.2.208.4](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.208.4)

Organizadoras..... 66

Índice Remissivo..... 68

Prefácio

É com grande satisfação que apresentamos aos leitores o livro intitulado **“O Arco de Maguerez como ferramenta pedagógica para a qualificação do Cuidado Neonatal”**, uma obra que emerge como um marco no campo da neonatologia, oferecendo uma perspectiva inovadora sobre a qualificação e aprimoramento do cuidado dedicado aos recém-nascidos mais vulneráveis.

Este livro é resultado dos trabalhos apresentados para a conclusão do curso de Especialização em Enfermagem Neonatal pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, de autoria das pesquisadoras – Islandia Maria Rodrigues Silva, Geovania Vieira de Brito, Juliana Coimbra Gonçalves Coelho de Rezende e Viviane de Sá Coelho Silva, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Nilza Bezerra Pinheiro da Silva –, esta obra é o resultado de um esforço coletivo de pesquisa e experiência prática no cenário neonatal. Os temas abordados nas distintas seções deste livro refletem a amplitude e a profundidade dos desafios enfrentados no cuidado neonatal contemporâneo, bem como a busca incessante por abordagens que promovam a qualidade, a segurança e o bem-estar dos recém-nascidos e suas famílias.

O primeiro capítulo, intitulado “Acolhimento e suporte aos pais e família na unidade neonatal: projeto humanizaneio”, oferece um panorama instigante sobre a importância do envolvimento da família no cuidado neonatal e apresenta o projeto “humanizaneio” como uma iniciativa exemplar nesse sentido. A humanização no contexto neonatal é um tema crucial para a promoção do desenvolvimento saudável dos bebês e a melhoria da experiência da família durante o período de internação.

A segurança do paciente é um pilar essencial em qualquer contexto de cuidado de saúde, especialmente na unidade neonatal. No segundo capítulo, “Segurança do paciente no cuidado neonatal: relatando a experiência da aplicação do Arco de Maguerez”, as autoras compartilham insights valiosos sobre a aplicação prática do método Arco de Maguerez como uma abordagem estruturada para a promoção da segurança do paciente nesse ambiente sensível. A narrativa reflete não apenas a relevância do método, mas também as lições aprendidas com sua implementação.

O manejo e a manutenção de cateteres venosos centrais na unidade de terapia intensiva neonatal são temas de grande relevância e complexidade. O terceiro capítulo, “Boas práticas para o manejo e manutenção de cateteres venosos centrais na unidade de terapia intensiva neonatal: um relato de experiência”, fornece um enfoque minucioso nesse domínio crítico, compartilhando conhecimentos práticos e insights obtidos através de experiências reais.

Finalmente, no quarto capítulo, “O Arco de Maguerez como ferramenta para a promoção de práticas seguras no preparo e administração de medicamentos em neonatologia”, as autoras exploram a aplicação do Arco de Maguerez no contexto específico da administração de medicamentos em neonatologia. Esse capítulo oferece uma visão

aprofundada sobre a abordagem metodológica e sua implementação na rotina de cuidados medicamentosos.

Ao percorrer as páginas deste livro, os leitores serão convidados a se envolver em um diálogo interdisciplinar e enriquecedor, unindo conhecimento científico e experiência prática. Cada capítulo contribui para o avanço contínuo do cuidado neonatal, demonstrando o compromisso das autoras com a excelência e a inovação neste campo vital da medicina.

Esperamos que esta obra seja uma fonte de inspiração e aprendizado para profissionais de saúde, pesquisadores, educadores e todos aqueles que compartilham o compromisso de assegurar um futuro mais saudável para os nossos recém-nascidos e suas famílias. O “Arco de Magueres como ferramenta pedagógica para a qualificação do Cuidado Neonatal” certamente se insere como um recurso indispensável na literatura científica contemporânea, destinado a influenciar positivamente a prática e o conhecimento na área neonatal.

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares
Editor Chefe AYA Editora

Acolhimento e suporte aos pais e família na unidade neonatal: projeto humanizaneoe

Geovania Vieira de Brito

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Enfermeira Plantonista da UTI Neonatal do HEDA. Parnaíba, Piauí, Brasil. Orcid: 0000-0001-5812-3220

Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA)

Nilza Bezerra Pinheiro da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora da Residência em Enfermagem Obstétrica no HUUFMA. São Luís, Maranhão, Brasil. Orcid: 0000-0002-4792-5647

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)

RESUMO

Objetivo: Melhorar o processo de acolhimento e suporte aos pais e família dos recém-nascidos internados nas unidades neonatais, com a implantação do projeto HumanizaNeo. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de implantação de um projeto de acolhimento nas unidades neonatais de um hospital estadual no município de Parnaíba no Piauí a partir da observação da realidade, nos pressupostos da Metodologia da Problematização, com a aplicação do Arco de Magueres. A atividade ocorreu entre janeiro e agosto de 2022, com a participação da equipe multiprofissional atuante nas unidades neonatais. **Resultados:** No desenvolvimento da atividade, foram aplicados os princípios do Arco de Magueres na melhoria do acolhimento, sendo possível identificar problemas e buscar ferramentas necessárias no processo de humanização. **Considerações Finais:** O Arco de Magueres demonstrou ser estratégico e possibilitou o desenvolvimento de protocolos, competências e habilidades inerentes ao processo de humanização por parte da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: acolhimento. neonatologia. humanização da assistência. relações mãe-filho. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Objective: To improve the process of welcoming and supporting the parents and families of newborns hospitalized in neonatal units, with the implementation of the HumanizaNeo project. **Method:** This is an experience project to implement a reality project in the neonatal units of a state hospital in the city of Parnaíba in Piauí, based on the application of reception observation, in the applications of observation of the Problematization methodology, with the of the Arch of Magueres. The activity took place between January and August 22, with the participation of the multidisciplinary team working in the neonatal units. **Results:** In the development of the activity, the principles of the Arch of Magueres were applied to improve the reception, being possible tools to identify the humanization process. **Final considerations:** Arco de Magueres was prepared for the development of protocols, competencies and skills inherent to the humanization process by the multidisciplinary team.

O Arco de Magueres como ferramenta pedagógica para a qualificação do Cuidado Neonatal

DOI: 10.47573/aya.5379.2.208.1



Keywords: reception. neonatology. humanization of assistance. mother-child relations. Neonatal Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

A humanização em saúde nasceu como programa do Ministério da Saúde, voltada para a atenção hospitalar, em 2001, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a implantação, desenvolvimento e avaliação das ações de humanização nos hospitais. Em 2003, a humanização deixou de ser programa e tornou-se a Política Nacional de Humanização (PNH), propondo mudanças nos modos de gerir e cuidar a partir da valorização da dimensão humana das práticas de saúde⁽¹⁾. Portanto, inserir a família no cuidado e no contexto das unidades neonatais faz parte do tratamento do recém-nascido durante todo o período que a criança fica internada, sendo uma ação importante dentro do processo de humanização ao binômio mãe-filho e pai-filho.

Somado a isto, surgiu o Método Canguru (MC) que é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao Recém-Nascido (RN) e à sua família. Promove ainda a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Faz parte do Método o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru, onde o recém-nascido fica em contato com a mãe ou o pai, somente de fraldas, na posição vertical junto ao peito dos pais. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada pela equipe multiprofissional adequadamente capacitada⁽²⁾.

Diante disso, destaca-se o acolhimento como uma das diretrizes da PNH, considerada como forte ferramenta de intervenção para nortear a prática humanizada, sendo o modelo emergente a ser fortalecido⁽³⁾. A internação de um recém-nascido em uma unidade neonatal representa uma situação que podemos entender como crise. Acarreta várias emoções, afetos, medos e fantasias que interferem no bem-estar e no conforto das relações familiares. Desta forma, atividades de acolhimento e apoio têm importância primordial de proteção. Reconhecer o que cada um dos personagens já conseguiu realizar diante dos imprevistos com a gestação considerada de risco é fundamental para podermos ofertar o cuidado adequado. Acolher e cuidar das transformações de cada um destes momentos possibilita que as experiências emocionais ganhem significado e sejam elaboradas a partir das competências que a equipe reconhece e promove na família⁽¹⁾.

É importante o desenvolvimento de um cuidado ao paciente que estimule a participação de sua família no contexto da hospitalização. Assim, o modelo do cuidado centrado no paciente e na família tem sido proposto como uma estratégia transformadora e efetiva que busca estabelecer uma parceria entre os profissionais de saúde, família e paciente, sendo a família considerada fonte fundamental de apoio a partir do compartilhamento de informações e participação ativa no processo de tomada de decisões⁽⁴⁾. A proposta de cuidados do MC percorre diversas etapas com seus princípios básicos quanto à atenção, ao acolhimento, ao apoio à família e aos cuidados individualizados. Por trás de cada recém-nascido, há uma história familiar que repercute na forma como este é visto e recebido pelo grupo familiar. É preciso um tempo de proximidade com este RN para

que a família vá descobrindo, em suas expressões, sinais que permitam surgir o sentimento de pertencimento, que irá garantir sua inclusão na família⁽¹⁾.

Assim, a comunicação é importante para o fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e familiares, o que é estratégico para o cuidado, gestão e humanização. As instâncias de comunicação favorecem o compartilhamento e a ajuda entre profissionais, familiares e usuários assistidos⁽⁵⁾. Observar e escutar sobre seus temores e preocupações, para depois lhes oferecer informações sobre a rotina, sobre os aparelhos e sobre os cuidados que cercam seu filho, poderá, em muitos casos, facilitar a relação tão especial que deverá surgir com a equipe de saúde. O incentivo à efetiva participação da mãe e do pai durante o período de internação inclui sua permanência junto ao seu filho. Isso revela um momento de amadurecimento da assistência neonatal, assumindo que o tratamento do RN envolve mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas⁽¹⁾.

Assim, o acolhimento seguro e responsável é muito importante para formar vínculo dos pais e família com a equipe multiprofissional e assim permitir um cuidado eficaz ao filho internado. Sendo assim, este estudo justifica-se por otimizar o acolhimento por meio da sensibilização da equipe multiprofissional da importância do acolhimento em suas diversas fases, desde a internação da mulher para o parto de risco até a saída do RN e família do hospital.

Para nortear este estudo, traçou-se o seguinte objetivo: relatar a experiência de atividades que possam promover acolhimento e suporte aos pais e família nas unidades neonatais por meio da implantação de um projeto denominado HumanizaNeo.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência a partir da observação da realidade. Este estudo ocorreu nas unidades neonatais de um hospital estadual no município de Parnaíba no Piauí, a partir dos pressupostos da Metodologia da Problematização (MP), com a aplicação do Arco de Maguerez⁽⁶⁾, visando promover melhorias no acolhimento aos pais e família dos recém-nascidos internados. As unidades neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:
 - a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e
 - b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Esse hospital é vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. Trata-se de um hospital público de referência no litoral do Piauí, que atende além da planície litorânea, outros estados como o Maranhão e Ceará. O município de Parnaíba fica localizado no Norte do Estado do Piauí, é o segundo município mais populoso do estado, perdendo apenas para a capital Teresina. Neste hospital a UTI Neonatal (UTIN) é composta por 10 leitos, a Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), também é composta por 10 leitos. No momento a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

encontra-se desativada, por falta de espaço físico adequado.

O desenvolvimento do estudo ocorreu no período entre janeiro a agosto de 2022, com os profissionais das unidades neonatais e obstetrícia. Os assistentes sociais e psicólogos atuam diariamente cobrindo os três setores (UTIN, UCINco e obstetrícia). A atenção multiprofissional ao recém-nascido nesses setores conta com 56 profissionais de nível superior, sendo 14 enfermeiros, 13 fisioterapeutas, 13 médicos pediatras, 8 psicólogos, 7 assistentes sociais e 1 nutricionista.

Foram realizados encontros com a equipe multiprofissional, no formato de roda de conversa, nos dias 30 e 31 de agosto de 2022, no período da tarde. Estavam presentes 28 profissionais atuantes nas unidades neonatais e obstetrícia, entre eles: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.

O Método do Arco é uma ferramenta base e importante para a aplicação da MP, de forma a sistematizar o desenvolvimento dos processos de maneira individualizada levando em consideração a realidade na qual se observou o problema, e consegue atingir o seu objetivo de aprendizagem por adotar cinco etapas do Método do Arco de Charles Maguerez⁽⁷⁾, em sua vertente desenvolvida e adaptada por Neusi Berbel⁽⁶⁾ para o processo de ensino (Figura 1).

Figura 1 - Representação esquemática do Método do Arco de Charles Maguerez



Fonte: Berbel, 2012

De acordo com a figura apresentada, o Arco de Maguerez, é constituído por cinco etapas consecutivas:

Etapa 1: observação da realidade (problema) - este é o momento do olhar criterioso diante da situação apresentada, observar a realidade, identificar os aspectos intrigantes e problemáticos da realidade;

Etapa 2: pontos chave - procuram-se, diante da observação, as possíveis indagações, é o momento de levantar os determinantes do problema, ou seja, identifica as variáveis que podem contribuir para a compreensão e solução do problema identificado;

Etapa 3: teorização - informações são analisadas, buscando explicações acerca da realidade observada e a compreensão dos pontos-chaves, possibilitando algumas conclusões que viabilizarão a etapa seguinte;

Etapa 4: formulação de hipóteses de solução - após o aprofundamento teórico do problema, este é o momento de reflexão. As hipóteses são construídas a partir da profunda compreensão do problema, utilizando-se criatividade e originalidade, para buscar novas maneiras para a resolução desses, de acordo com a realidade observada inicialmente e das limitações da realidade;

Etapa 5: aplicação à realidade (prática) - momento em que ocorre a ligação entre a prática e a teoria, com o objetivo de intervir na realidade e modificá-la, as soluções eleitas como viáveis e o estudante aprende a generalizar o aprendido para utilizá-lo em diferentes situações, permitindo que ele saia do âmbito intelectual e volte a sua realidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do exposto será apresentada a trajetória da aplicação das cinco etapas do Arco de Maguerez.

Primeira Etapa: Observação da realidade.

Para iniciar a aplicação do Arco de Maguerez, ocorreu a observação da realidade. O contexto do estudo foram as unidades neonatais do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) em Parnaíba Piauí.

Nesta etapa explorou-se o ambiente, conhecendo a rotina dos serviços, e assim viabilizando a identificação dos problemas. Durante essa observação percebeu-se certa fragilidade no acolhimento aos pais e familiares, principalmente durante as primeiras visitas ao recém-nascido internado, sobre informações importantes do ambiente que irão encontrar, sobre o estado de saúde da criança. No entanto, muitos chegam assustados e nervosos, sendo dirigidos ao setor pela recepcionista e em seguida recebidos por um profissional da equipe.

Os pais e familiares muitas das vezes entram pela primeira vez nas unidades neonatais, no momento em que a equipe multiprofissional encontra-se de certa forma envolvidos em outras demandas do setor, por vezes muito atarefados. No entanto, alguns familiares são orientados a retornarem no horário em que a médica plantonista informa sobre o boletim médico de todos os recém-nascidos, para obter mais informações sobre o estado de saúde do filho.

Toda esta situação torna-se preocupante, já que a maioria dos pais necessita de apoio e acolhimento imediato, logo após a internação do RN na unidade neonatal. Alguns já trazem de casa problemas familiares e pessoais, que são desconhecidos da equipe multiprofissional, além do momento de crise vivenciado por ter um filho internado. Algumas mães passam por momentos traumático, desde a concepção, pré-natal e ou mesmo no parto.

Além disso, o acolhimento aos pais logo após o nascimento do filho que foi internado em uma unidade neonatal e na primeira visita ao recém-nascido torna-se de suma importância, já que o cuidado humanizado é uma das propostas do Método Canguru. Percebeu-se assim, que a rotina de acolhimento aos pais e familiares necessita ser

aperfeiçoada. Pois o primeiro contato da família de forma segura e orientada é primordial para a recuperação do recém-nascido.

A partir dessa observação, sentiu-se a necessidade de se aprofundar a respeito do problema para compreendê-lo melhor, e identificaram-se alguns fatores determinantes como: carência de informações preliminares para os pais e familiares sobre o ambiente em que o RN está inserido, tornando-se muito inconsistente as poucas informações colhidas pela mãe ou familiares no momento da primeira visita; fragilidade no acolhimento aos pais, logo após a internação do filho nas unidades neonatais; falta de protocolo; profissionais atarefados necessitando de sensibilização.

Após o levantamento dos fatores determinantes, chegou-se ao seguinte problema de estudo: Como promover um melhor acolhimento aos pais e família dos recém-nascidos internados nas unidades neonatais do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde em Parnaíba Piauí? Identificado a problemática, faz-se necessário estabelecer os possíveis fatores associados e os fatores determinantes maiores do problema. E assim identificar a segunda etapa.

Segunda Etapa: Pontos Chave

A segunda etapa é constituída pelo levantamento de pontos chave, e diante do recorte apresentado da realidade, e após a reflexão crítica foram buscadas algumas razões para a existência do problema identificado que podem ser: o próprio olhar da equipe multiprofissional, que necessita dar mais atenção aos pais e familiares; a necessidade de reorganização do processo de trabalho nas unidades neonatais, no que diz respeito à humanização da assistência; além da sobrecarga de trabalho dos profissionais, que dificulta à atenção dada aos pais e família no momento em que adentram o setor.

Foi observado ainda, que existe um fator determinante maior que pode contribuir para a fragilidade no acolhimento dos pais e família, que é a carência de profissionais capacitados, sensibilizados e designados para levarem estas primeiras informações sobre o recém-nascido para os pais e familiares, sendo o elo entre a família e o RN internado, orientando sobre o Método Canguru no cuidado e recuperação do RN.

Através dessa reflexão foi percebido que o problema apresentado é complexo, necessita de aprofundamento e emergiram alguns questionamentos: Como é feito o acolhimento aos pais e familiares na primeira visita ao RN internado nas unidades neonatais e durante toda a internação? Existe uma rotina de visita à puérpera no leito de obstetrícia logo após o parto para levar informações sobre o RN internado? Existe um trabalho de Educação Permanente em Saúde (EPS) com a equipe multiprofissional, para promover a Humanização da Assistência no contexto do cuidado neonatal?

Com o recorte da realidade identificada, faz-se necessário o aprofundamento dos pontos chave, e assim, seguimos para a terceira etapa.

Terceira Etapa: Teorização

Após reflexões da etapa anterior buscaram-se informações para o processo de teorização. Foi utilizada como instrumento de investigação a literatura científica, através

de artigos científicos e Manuais Técnico do Ministério da Saúde que possam ajudar a compreender o problema abordado na procura de soluções úteis e viáveis.

Realizou-se leitura crítica e reflexiva dos seguintes pontos – chave identificados na etapa II:

Ponto-chave 1: Como é feito o acolhimento aos pais e familiares na primeira visita ao RN internado nas unidades neonatais e durante toda a internação?

O acolhimento da família é feito na primeira visita, já dentro do setor por um profissional que no momento da visita esteja disponível para conversar. Portanto, não existe um contato prévio da família com um profissional devidamente capacitado, que possa antecipadamente preparar os pais sobre o ambiente que irão encontrar e sobre o estado de saúde de seu filho.

Entende-se que é necessário trazer para a agenda as iniciativas que visem reforçar a importância da interação dos sujeitos envolvidos na prestação desses cuidados, com a Política Nacional de Humanização (PNH). O acolhimento é uma das diretrizes da PNH, considerada como forte ferramenta de intervenção para nortear a prática humanizada, sendo o paradigma emergente a ser fortalecido⁽³⁾.

As unidades neonatais apresentam-se como ambiente de grande suporte tecnológico, especializado e qualificado de assistência à saúde. Isto requer conhecimento e habilidades específicas na atenção ao recém-nascido e atitudes humanizadas. A criação de vínculos ligada ao convívio, por vezes, prolongado, interfere na forma de assistência humanizada aos recém-nascidos e familiares. Neste cenário, a internação possui um dimensionamento que envolve as esferas físicas, psíquicas e sociais dos familiares e profissionais⁽⁹⁾. Dessa forma, é primordial que a equipe multiprofissional esteja em constante aprendizado, no que se refere a melhor forma de acolher e lidar com as famílias no dia a dia, é um processo que não pode ser esquecido dentro das unidades neonatais.

Estudos reconhecem que a formação de vínculos afetivos entre pais e bebês é de extrema relevância para o desenvolvimento do RN, sendo o envolvimento da família considerado importante para o estabelecimento de efeitos positivos no tocante à saúde física, assim como no desenvolvimento cognitivo e psicossocial do bebê. Propiciar e manter o vínculo com o RN também traz benefícios para os pais e mães, como na redução de ansiedade e estresse⁽¹⁰⁾. No entanto, os profissionais de saúde devem facilitar este vínculo diário, através do acolhimento seguro e responsável, a forma como o profissional se comunica diariamente com a família é uma ferramenta importante para fortalecer os laços com a equipe e com o filho internado.

Os grupos de apoio são ferramentas que favorecem o acolhimento da família em suas demandas emocionais. Nesses espaços, podem ser propostas discussões ou atividades diversas que buscam estimular o compartilhamento de preocupações, trocas de experiências, relaxamento e distanciamento momentâneo da situação enfrentada pelos pais. As atividades realizadas nos grupos objetivam desenvolver a capacidade dos integrantes em lidar com a situação vivenciada através de discussões e construção de estratégias de enfrentamento⁽¹¹⁾.

Ponto-chave 2: Existe uma rotina de visita à puérpera no alojamento conjunto, logo após o parto para levar informações sobre o seu filho internado?

Observou-se que, logo após o parto a puérpera permanece internada no alojamento conjunto e seu filho, que nasceu prematuro ou com alguma patologia, é levado para a unidade neonatal. Logo que a mãe está bem ela realiza a primeira visita, entra na unidade neonatal acompanhada da recepcionista do setor, sentindo-se ainda um pouco perdida e assustada.

No entanto, ainda não existe um protocolo estabelecido pelo serviço, de visita a mãe logo após o parto, por um membro da equipe multiprofissional o mais breve possível, levando informações sobre o RN internado. Conforme o Método Canguru, a mãe, após o parto, quando o recém-nascido é levado para a unidade neonatal, vivencia momentos de medo, vazio, solidão, frustração por não ter gerado uma criança a termo, que corresponderia ao seu desejo e às suas representações. Sem o seu filho, muitas vezes sem acompanhante e sem notícias, não é raro que pense que estejam lhe escondendo ou negando informações. A visita de um membro da equipe, para lhe trazer informações sobre os cuidados que o recém-nascido vem recebendo, mantém sua aproximação com o filho e instala sua proximidade com a equipe. Importante reforçar que a postura do profissional de saúde deve ser, sobretudo, de escuta para que possa detectar e responder às dúvidas da mãe. É nesse momento que se dá o primeiro passo para o estabelecimento de relações com a equipe que está cuidando do RN e que fazem parte do início da primeira etapa do Método Canguru⁽²⁾.

A internação de uma criança desencadeia diferentes sentimentos e percepções no contexto familiar e nos profissionais, tanto nos momentos de atendimento direto ao paciente quanto na comunicação com a família. Os profissionais devem esclarecer e fornecer informações em relação ao quadro clínico e aos riscos envolvidos para a criança⁽¹²⁾. Portanto, é de primordial importância manter o contato prévio com os pais e a família para mantê-los informados sobre o RN e sobre os cuidados que ele vem recebendo, além de repassar as informações necessárias sobre as rotinas de entrada dos pais nas unidades neonatais.

A obtenção de informações sobre a situação atual, a estrutura social em que estão inseridos e a rede de apoio a que têm acesso durante a hospitalização do filho, auxilia a equipe a realizar uma comunicação mais efetiva, sabendo que os pais têm o direito de serem informados e aos profissionais, o dever de comunicar adequadamente⁽¹²⁾. Nesse sentido, é de extrema necessidade saber quem irá realizar a primeira visita ao recém-nascido logo após o nascimento. Conforme o Método Canguru, caso o pai do recém-nascido não esteja presente, a mulher deverá apontar uma pessoa de sua livre escolha para acompanhá-la. Após o parto, a mulher requer um período para sua recuperação e isso deve ser possibilitado. Para que ela possa se sentir tranquila, o pai do recém-nascido ou a pessoa que a acompanhou durante o parto deve ser convidado a ir até a unidade neonatal acompanhar a criança⁽²⁾.

É fundamental no processo de cuidado ofertado pela equipe multiprofissional a todos os membros da família do recém-nascido, deixá-los muito à vontade para perguntas. A internação de um RN é um momento muito delicado na vida dos pais e família, e a forma

como o profissional se comunica com os acompanhantes é extremamente importante, a equipe deve procurar saber o grau de compreensão das informações repassadas. Além do mais, o profissional precisa ter consciência do quanto esta interação é necessária para a formação do vínculo da família com o RN e para posterior atividade de cuidado e atenção dos pais com a criança.

Ponto-chave 3: Existe um trabalho de Educação Permanente em Saúde (EPS) com a equipe multiprofissional, para promover a Humanização da Assistência no contexto das unidades neonatais?

No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (¹³). No entanto, o ambiente das unidades neonatais exige profissionais capacitados e sensíveis ao processo de humanização, que a cada dia possam aprimorar os conhecimentos adquiridos no setor, através da vivência com as famílias, com competências para o lidar diário com estes pais e família.

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino e a atenção no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, orientando-se para a melhoria da qualidade e humanização na prestação de serviços(¹³). Foi observado uma certa fragilidade nas ações de educação permanente em saúde para os profissionais que trabalham diariamente dentro nas unidades neonatais. Priorizar estas ações tem um valor fundamental, pois transforma o processo de trabalho, orientando para a melhoria da qualidade da assistência e do cuidado ao RN e família.

A verdadeira finalidade da EPS são as mudanças nas ações e serviços de saúde, é extremamente indispensável na vida de um profissional de saúde, pois é por meio dele que o senso crítico é incorporado no processo de trabalho. De acordo com o estudo realizado, foi possível começar a detectar as possíveis hipóteses ao problema encontrado, seguimos assim, para a quarta etapa.

Quarta Etapa: Hipóteses de Solução

As Hipóteses de Solução têm como característica propor mudanças ou adaptações que visam melhoria das situações abordadas e problematizadas nas etapas anteriores, busca soluções de forma crítica e criativa, com maior número de possibilidades e de alternativas. A criatividade deve ser algo presente na construção de ideias que levem a resolução do problema abordado.

Diante desta reflexão e das leituras realizadas, na etapa anterior, e a partir da profunda compreensão do problema, elaboraram-se as seguintes hipóteses de solução.

1ª hipótese – A equipe deverá acolher os pais e familiares na primeira visita ao RN internado de maneira segura e responsável e manter o elo diariamente, sempre procurando

escutar os pais e orientar no que for necessário. As unidades neonatais apresentam-se como ambiente de grande suporte tecnológico, especializado e qualificado de assistência à saúde. Associadas à rapidez e às informações clínicas e observacionais fidedignas. Isto necessita de conhecimento e habilidades específicas na atenção em neonatologia e atitudes humanizadas⁽¹⁴⁾. As estratégias voltadas para humanização da assistência em unidades neonatais não se aplicam apenas ao paciente, elas se estendem aos familiares e acompanhantes que caminham lado a lado do RN no processo de hospitalização⁽¹⁵⁾.

Sugestão: 1) - Elaborar panfletos com informações importantes sobre as rotinas e cuidados com o RN nas unidades neonatais para entregar aos pais e familiares no momento da primeira visita ao RN internado. 2) Elaboração e implantação de procedimento operacional padrão (POP) sobre a visita dos pais e família ao RN internado nas unidades neonatais. 3) – Realização de rodas de conversa semanalmente com os pais e familiares dos recém nascidos internados.

2ª hipótese – Adotar uma rotina de visita à puérpera e família no alojamento conjunto logo após a internação do RN na unidade neonatal. Acolhimento em obstetria compreende o acolher as demandas de saúde da mulher em todos os momentos de atenção na maternidade, com a finalidade de prestar um cuidado resolutivo e humanizado⁽¹⁶⁾. A internação do recém-nascido impõe à mãe permanecer em alojamento conjunto no pós-parto. Esta mãe sofre frustração, pois esperava ter um filho saudável, e que pudesse sair de alta hospitalar sem intercorrência alguma, retornando ao domicílio com ela⁽¹⁷⁾.

Sugestão: Um profissional da equipe multiprofissional, preferencialmente psicólogos ou assistentes sociais, que já dão suporte aos dois setores, deverão realizar visita a puérpera ainda no leito, para levar informações sobre o filho internado e ao mesmo tempo conduzir os pais ou um acompanhante designado pela mãe até a unidade neonatal.

3ª hipótese – Educação Permanente em Saúde (EPS) dentro do tema da Humanização da Assistência no contexto das unidades neonatais. A EPS, enquanto educação para o trabalho precisa ser entendida como uma diretriz qualificadora da gestão de equipes, de serviços e do desenvolvimento de trabalhadores em saúde, cuja principal motivação deve ser os diversos problemas detectados nos serviços de saúde, que só poderia acontecer a partir de uma tomada de consciência desse trabalhador como sujeito capaz de pensar e agir no trabalho⁽¹⁸⁾. A necessidade da educação permanente é evidenciada nos dias atuais, visto o avanço de informações e de equipamentos a serem utilizados nos ambientes de saúde, elevando os desafios existentes para os profissionais atuarem, requerendo dos mesmos o desenvolvimento de diferentes competências e habilidades⁽¹⁹⁾.

Sugestão: Rodas de conversa sobre a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido (Método Canguru) com a equipe multiprofissional das unidades neonatais.

Depois de realizado o registro das hipóteses de solução, se questionou sobre a viabilidade das sugestões apresentadas, com isso surgiu a necessidade de colocar todas essas ações em uma única atividade. Então, surgiu a ideia de apresentar para os profissionais das unidades neonatais um projeto de humanização que acolhesse todas as sugestões citadas. Desta forma nasceu o projeto intitulado “HumanizaNeo”.

Quinta Etapa: Aplicação à realidade

A aplicação à realidade é o ponto efetivo no processo de resolutividade acerca da problemática encontrada. Nesta última etapa foi possível realizar as soluções propostas na etapa anterior, com a implementação e finalização do Arco, através da realização de um encontro com a equipe multiprofissional atuante nas unidades neonatais, como uma possível solução frente às fragilidades supracitadas.

As ações realizadas na última etapa do Arco foram: Elaboração e implantação do Procedimento Operacional Padrão (POP) das visitas dos pais e família nas unidades neonatais; Elaboração de folder para entregar aos pais e família na primeira visita nas unidades neonatais; Apresentação e validação de documentos elaborados para a gestão; Elaboração de convites e lista de frequência para a realização de encontros com a equipe multiprofissional.

Os encontros foram realizados nos dias 30 e 31 de agosto de 2022, no período da tarde. Estavam presentes, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas. Foram entregues convites para os participantes e realizados encontros, no formato de roda de conversa.

A roda de conversa começou às 14 horas, com uma breve apresentação dos profissionais, e logo em seguida foram lançadas duas perguntas sobre o conhecimento prévio de cada participante sobre o método canguru. As perguntas foram: 1) O que você entende por método canguru? 2) Quais as atribuições da equipe de saúde nesse processo? Foram fixados os cartazes com as perguntas na parede e distribuídas duas tarjetas para cada profissional, onde colocaram suas respostas, e em seguida socializaram na roda e fixaram as tarjetas nos locais indicados.

Logo em seguida, houve a apresentação de slides, sobre os seguintes assuntos: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido/Método Canguru; Importância do acolhimento aos pais e família; Cuidados em torno do nascimento e primeiros momentos do RN na unidade neonatal; Primeiro encontro com o RN; Comunicação entre a família e a equipe de saúde. No momento da explanação, os profissionais interagiram bastante sobre os assuntos abordados, houve troca de experiência e relato de diversos profissionais sobre a necessidade de melhoraria no quesito humanização da assistência.

Foi apresentado o projeto HumanizaNeo, que tem o objetivo de melhorar o processo de acolhimento por parte da equipe multiprofissional aos pais e família e explicado sobre as ações e cuidados fundamentais contemplados no projeto. O Projeto tem como cuidados fundamentais:

- A visita o mais precoce possível ao RN na unidade neonatal pelo pai ou pela pessoa que acompanhou a gestante durante o parto, até que ela esteja recuperada e se sinta segura para realizar a primeira visita.
- Visita de um membro da equipe a puérpera ainda no leito, no setor de obstetrícia, para levar informações sobre os cuidados que o RN vem recebendo e conduzir os pais ou o acompanhante designado pela mãe até a unidade neonatal.

- Rodas de conversa da equipe multiprofissional com os pais e família dos recém-nascidos internados nas unidades semanalmente.

Os profissionais manifestaram-se interessados em executar todas as ações do projeto e mostraram-se sensíveis ao processo de melhoria no processo de humanização e assistência ao RN e família, principalmente os assistentes sociais e psicólogos, que ainda tinham um trabalho incipiente dentro das unidades neonatais. Portanto, pode-se perceber que a intervenção na realidade foi satisfatória e que provavelmente contribuirá positivamente na melhoria do acolhimento aos pais e família.

Contudo, considera-se que o estudo é de grande relevância para a área da saúde do neonato, assim como em relação às políticas públicas de saúde. Observa-se que apesar da existência da PNH ainda há entraves que dificultam a prestação da assistência de modo humanizado nas unidades neonatais. Cabe ao profissional reconhecer que apesar destes obstáculos e do uso da tecnologia, a humanização é imprescindível para a prestação do cuidado com excelência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que a experiência da aplicação da Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez na melhoria do processo de trabalho foi essencial, no qual foi possível avaliar o processo de acolhimento aos pais e família dos recém-nascidos internados nas unidades neonatais, levantar problemas e em seguida buscou-se ferramentas para melhorar o processo de acolhimento.

A teorização alinhada a uma situação real conduz à proposição de intervenções de forma fundamentada e ao exercício da prática reflexiva. Ademais, estimulou a busca por tecnologias que ajudassem na resolução dos problemas. O Arco de Maguerez demonstrou ser estratégico e possibilitou o desenvolvimento de protocolos, competências e habilidades inerentes ao processo de humanização por parte da equipe multiprofissional junto aos pais e família dos recém-nascidos internados nas unidades neonatais.

A roda de conversa realizada com a equipe multiprofissional sobre o método canguru e para a apresentação e implantação do projeto HumanizaNeo, foi essencial para sensibilizar os profissionais sobre a importância do acolhimento seguro e responsável, se constituindo em estratégia que oportunizou ao profissional a reflexão crítica e a tentativa de melhoria no processo de trabalho. Foi muito discutido durante os encontros, nas falas dos participantes, que as estratégias de melhoria no processo de acolhimento, quando realizada de maneira clara por todos os profissionais da equipe, contribuem para a formação de laços afetivos duradouros, além de despertar nos profissionais o quanto esta interação entre família e profissional é importante.

Como limitações do estudo, aponta-se a roda de conversa ter sido realizada apenas com profissionais de nível superior, o que impossibilitou ampliar a discussão com os técnicos de enfermagem e recepcionistas sobre o acolhimento e suporte aos pais e família nas unidades neonatais e sobre a implantação do projeto HumanizaNeo. Reafirma-se a necessidade de educação permanente para o nível médio, tornando-se pertinente

programar uma capacitação para estes profissionais, já que são a maioria dentro das unidades e que mantém contato frequente com os pais e família.

Por conseguinte, o presente estudo gera subsídios na melhoria do acolhimento aos pais e família, para a realização de práticas de educação permanente em saúde de forma contínua nas unidades neonatais para todos os profissionais envolvidos no cuidado ao recém-nascido. Fornecendo atendimento adequado, humanizado e qualificado. Exercendo impacto positivo no enfrentamento das famílias com o processo de hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Costa JV da S, Sanfelice CF de O, Carmona EV. Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais da enfermagem. Ver. *Enferm. UFPE online*; 13: [1-9]. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242642>. Acesso Acesso: dia 07 de setembro de 2022.
2. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico – 3. Ed. – Brasília (DF); 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); EM; 2004.
4. Balbino FS, Balieiro MM, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. Ver. *Latino-Am Enfermagem*. 2016; 24(1): e2753.
5. Gabarra LM, Crepaldi MA. A comunicação médica – paciente pediátrico – família na perspectiva da criança. *Psicol. Argum.* [Internet]. 2017 [citado em 08 de setembro de 2022]; 29(65): 209-18. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20335/19607>
6. Berbel NAN, Gamboa SAS. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerz: uma perspectiva teórica e epistemológica. Ver. *Filosofia e Educação*. [internet] 2012 [acesso em 2022 Sets 08]; 3(2): 264-87. Disponível em: <http://www.fae.unicamp.br/revista/index.Php/rfe/article/view/2363/2635>
7. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 32. Ed. Petrópolis (RJ):Vozes; 2012.
8. Ventura G, Silva B, Heinzen KV, Bellaguarda ML, Canever BP, Pereira VP. Enfrentamiento de 19mergência19 a la muerte ver el 19mergênc de cuidadoen la sala de 19mergência. *Enfermería Actual Costa Rica*. 2019; 37:142-31.
9. Medina IM, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Ávila MC, Rodríguez MD. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women Birth*. 2018; 31(4): 32530. DOI: 10.1016/j.wombi. 2017.11.008
10. Broering CV, Crepaldi MA. Percepções e informações das mães sobre a cirurgia para seus filhos. *Fractal*. Ver. *Psicol* [Internet]. 2018 [citado em 11 de setembro de 2022]; 30(1): 3-11. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i1/1434>

11. Lorena AC, Ludmila LBR, Érika SD. Contribuições do grupo de terapia ocupacional no nível de ansiedade das mães com recém-nascidos prematuros internados nas unidades de terapia intensiva neonatal. Artigo Original • Cad. Bras. Ter. Ocup. 27 (3). Jul-Sep 2019 [citado em 14 de setembro de 2022]; <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1694>.
12. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanização na Terapia Intensiva: percepção de familiares e profissionais de saúde. Ver Bras Enferm [Internet]. 2017 [citado em 12 de setembro de 2022]; 70(5): 1040-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / – 1. Ed. Ver. – Brasília (DF); 2018. 73 p.: il. ISBN 978-85-334-2649-8.
14. Silveira CM, Bellaguarda ML, Canever B, Costa R, Knihns NS, Caldeira S. Coping da equipe de enfermagem no processo morte-morrer em unidade neonatal. Acta Paul Enferm. 2022; 35: EAPE02261.
15. Filho CCZS, Silveira MDA, Silva JC. Estratégias do enfermeiro intensivista neonatal frente à humanização do cuidado. 2019 jul. – dez.; 13(2): 180-185.
16. Nunes AL, Thomaz EBAF, Pinho JRO *et al.* Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. Artigo. Cad. Saúde Pública 38 (4) 25 Maio 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT228921>.
17. Lelis BDB, Sousa MI de, Mello DF de *et al.* Acolhimento materno no contexto da prematuridade... Ver enferm UFPE on line, Recife, 12(6): 1563-9, jun., 2018. ISSN: 1981-8963.
18. Silva LHF, Santo FHE, Chibante CLP, Paiva ED. Permanent Education in a neonatal unit from Culture Circles. Ver Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(Suppl 3):1328-33. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0587>.
19. Rezende R, Oliveira JE, Friestino J. A educação permanente em enfermagem e o uso das tecnologias: uma revisão integrativa. Revista Interdisciplinar, v. 10, n. 1, 2017.

Segurança do paciente no cuidado neonatal: relatando a experiência da aplicação do Arco de Maguerez

Islandia Maria Rodrigues Silva

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública - Epidemiologia. Plantonista da Unidade Neonatal do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. Parnaíba, PI, Brasil. Orcid: 0000-0002-2451-4749.

Nilza Bezerra Pinheiro da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora da Residência em Enfermagem Obstétrica do HUUFMA. São Luís, Maranhão, Brasil. Orcid: 0000-0002-4792-5647

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi relatar a vivência do uso do Arco de Maguerez em uma capacitação técnica ofertada para profissionais de enfermagem das Unidades Neonatais de um hospital público sobre o tema Segurança do Paciente no cuidado neonatal. **Metodologia:** Este estudo é um relato de experiência, fruto de uma pesquisa de intervenção realizada no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, entre os anos de 2021 e 2022, e que utilizou a metodologia problematizadora do Arco de Maguerez, composto por cinco etapas: Observação da Realidade, Pontos-chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade. **Resultados e Discussões:** A aplicação do Arco de Maguerez, possibilitou observar as situações potencialmente geradoras de Incidentes, exibindo a inquietação sobre o que influenciava o descumprimento das metas de Segurança do Paciente no cuidado neonatal pelos profissionais de enfermagem na unidade hospitalar. Permitiu analisar os problemas mais inquietantes e teorizar sobre os fatores geradores dessa assistência insegura. Levantou-se as hipóteses de solução exequíveis para melhorar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem em Segurança do Paciente. Executou-se as intervenções através de algumas estratégias como: rodas de conversas com técnicos de enfermagem e enfermeiros que ocorreram nos próprios locais de trabalho; fornecimento de cartilhas para as Unidades Neonatais; fornecimento de folders aos participantes; fixação em mural das metas internacionais sobre Segurança do Paciente e sugestão de outras estratégias à Coordenação das Unidades Neonatais para fortalecer a Cultura de Segurança do Paciente, qualificando a assistência ao neonato. O cumprimento das etapas do Arco exigiu planejamento, raciocínio, cautela e o alinhamento entre a teoria e a prática reflexiva, protagonizando ativamente para a dissolução da situação-problema. **Considerações Finais:** Este estudo teve como ponto de partida a realidade social, transformando-a. Acredita-se que além apresentar uma configuração adequada a um problema observado na instituição hospitalar, promoveu a reflexão dos profissionais, com a progressiva transformação da realidade durante o desenvolvimento das ações, fomentando práticas criteriosas e livres de danos, colaborando com a cultura de Segurança do Paciente no cuidado neonatal e tornando o cuidado pautado por práticas mais seguras nas Unidades Neonatais.



Palavras-chave: cuidados de enfermagem. enfermagem neonatal. segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to report the experience of using the Arch of Maguerez in a technical training offered to nursing professionals from the Neonatal Units of a public hospital on the topic of Patient Safety in neonatal care. **Methodology:** This study is an experience report, the result of an intervention research carried out at the Dirceu Arcoverde State Hospital, between 2021 and 2022, and which used the problematizing methodology of Arco de Maguerez, composed of five stages: Observation of Reality, Key Points, Theorization, Solution Hypotheses and Application to Reality. **Results and Discussions:** The application of the Arch of Maguerez made it possible to observe the situations potentially generating Incidents, showing the concern about what influenced the non-compliance with the goals of Patient Safety in neonatal care by nursing professionals in the hospital unit. It allowed analyzing the most disturbing problems and theorizing about the factors that generate this unsafe care. Possible solution hypotheses were raised to improve the level of knowledge of the nursing team in Patient Safety. Interventions were carried out through some strategies such as: conversation circles with nursing technicians and nurses that took place in the workplace; supply of booklets to Neonatal Units; supply of folders to participants; fixing the international goals on Patient Safety on a wall and suggesting other strategies to the Coordination of Neonatal Units to strengthen the Patient Safety Culture, qualifying the assistance to the neonate. Fulfilling the stages of the Arch required planning, reasoning, caution, and the lining up between theory and reflective practice, playing an active role in the dissolution of the problem-situation. **Final Considerations:** This study had as its starting point the social reality, transforming it. It is believed that in addition to presenting an adequate configuration to a problem observed in the hospital institution, it promoted the reflection of professionals, with the progressive transformation of reality during the development of actions, promoting judicious and harm-free practices, collaborating with the Safety culture of the Patient in neonatal care and making care guided by safer practices in Neonatal Units.

Keywords: nursing care. neonatal nursing. patient safety.

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde é complexo e dinâmico, favorecendo os “erros na assistência”. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), práticas em saúde inseguras levam milhões de pessoas no mundo a sofrerem de lesões debilitantes ou mortes⁽¹⁾. Outras repercussões são a perda da confiança dos pacientes e famílias nas organizações de saúde, além do aumento entre 13% e 16% nos custos hospitalares⁽²⁾. Os Incidentes em saúde ganharam evidência com o relatório norte-americano de 1999, “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, e a cultura de segurança do paciente teve destaque na comunidade científica internacional, com o tema “Segurança do Paciente”, adotado nas políticas de vários países⁽³⁾.

Uma iniciativa da OMS em 2005, em conjunto com a *Joint Commission Internacional* (JCI), resultou nas seis Metas Internacionais para a Segurança do Paciente no âmbito hospitalar que conhecemos atualmente. Meta 1: Identificar os pacientes corretamente; Meta 2: Melhorar a efetividade da comunicação; Meta 3: Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; Meta 4: Assegurar cirurgias seguras; Meta 5: Reduzir os riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde; Meta 6: Reduzir os riscos de lesões por quedas e lesões

por pressão. Tais metas norteiam os serviços de saúde, cada uma abrangendo medidas importantes na Segurança do Paciente⁽⁴⁾. Nesse contexto, o cuidado seguro emergiu como estratégia de enfrentamento do erro e da necessidade de se antecipar a ele, mostrando ser essencial a identificação e o manejo dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos⁽³⁾.

O Brasil mostra preocupação na assistência em saúde segura, pois em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), propondo a redução de danos na saúde⁽⁵⁾. Nos ambientes de assistências neonatais, situações de potenciais erros no cuidado são consideráveis, pois os pacientes são pequenos, frágeis e com sistemas orgânicos imaturos, necessitando de cuidados complexos e pautados na prevenção de riscos^(6,7).

Os profissionais de enfermagem merecem destaque nesse contexto, prestando cuidados diretos aos pacientes neonatais como integrantes da equipe de saúde. Pela Lei 7.498/86, o enfermeiro assiste aos pacientes graves, de maior complexidade técnica e científica, e ao técnico de enfermagem cabe exercer atividade de nível médio, e em grau auxiliar a esses pacientes⁽⁸⁾. Nesse sentido, é importante a atenção da equipe voltada para o cuidado seguro e a Educação Permanente em Saúde, que abrange o aprender-ensinar incorporados ao cotidiano das instituições de saúde, formando equipes capazes de praticar métodos científicos eficazes para mudar a realidade de trabalho e o cuidado na saúde^(3,9).

Justifica-se este estudo, tendo em vista que a cultura de Segurança do Paciente neonatal ocorre de forma incipiente em número considerável de unidades hospitalares brasileiras, com necessidade de estimular as boas práticas para a assistência de enfermagem que colabore para essa cultura e a qualidade do cuidado. Somando-se esse ponto, a possibilidade de estimular o impacto positivo nos indicadores de saúde da instituição hospitalar e na assistência de qualidade, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Atenção Humanizada ao Recém-nascido⁽³⁾. Além da relevância de tornar público um estudo científico que mostra os benefícios da aplicação da metodologia problematizadora do Arco de Maguerz em enfermagem neonatal.

O objetivo deste estudo foi relatar a vivência do uso do Arco de Maguerz em uma capacitação técnica ofertada para profissionais de enfermagem das Unidades Neonatais de um hospital público sobre o tema Segurança do Paciente no cuidado neonatal.

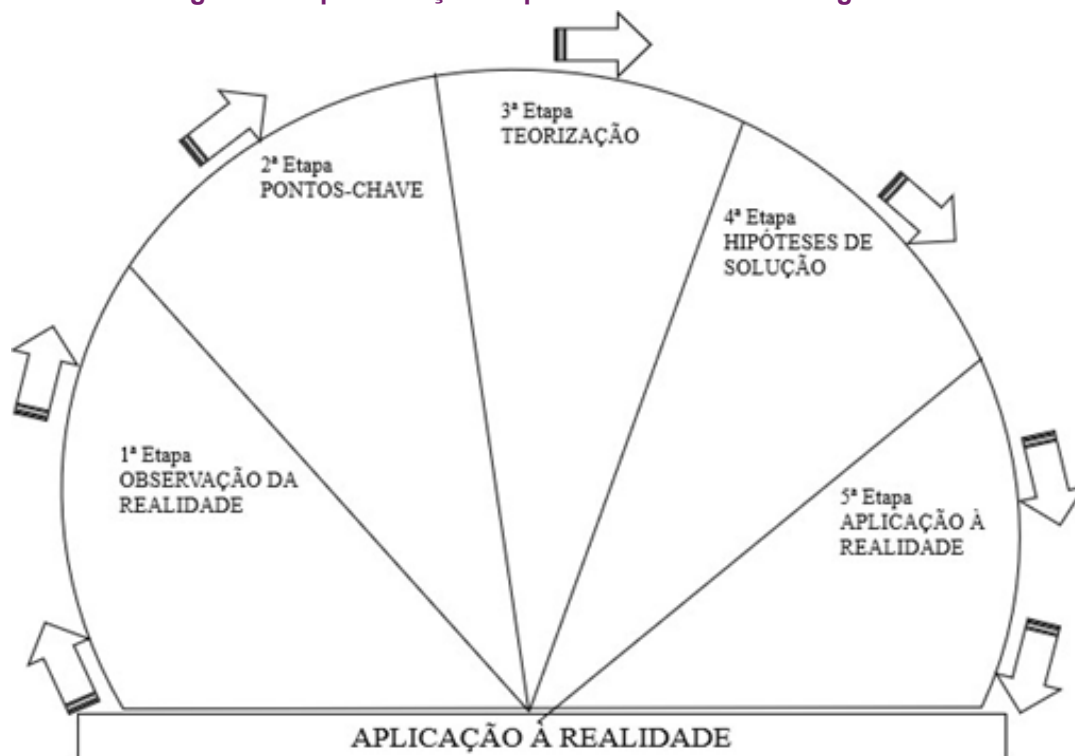
MÉTODO

Este estudo foi um relato de experiência, desenvolvido a partir da observação da realidade, e que abordou a vivência de um enfermeiro no desenvolvimento de aperfeiçoamento profissional para a equipe de enfermagem das Unidades Neonatais, sobre a temática da Segurança do paciente neonatal, por meio da utilização da metodologia problematizadora do Arco de Maguerz. A pesquisa foi realizada nas Unidades Neonatais da maternidade do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), em Parnaíba-PI, entre os anos de 2021 e 2022. Trata-se de um hospital público, que atende integralmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para mais de 13 municípios vizinhos. Possui 112 leitos, sendo 59 destes voltados ao atendimento materno-neonatal^(10,11).

Possui assistência em diversas especialidades, sendo hospital-escola para várias Instituições de Ensino Superior. Nos últimos anos, o hospital adequou sua assistência neonatal e obstétrica às práticas de humanização preconizadas pelo MS. Possui a certificação de Hospital Amigo da Criança (IHAC), além de dispositivos da Rede Cegonha como Casa de Parto Normal (CPN), Casa da Mamãe, Bebê e Puérpera, e Unidades Neonatais, com estas incluídas na estratégia QualiNEO⁽¹²⁾. De acordo com a portaria nº 930/2012, as Unidades Neonatais se destinam ao cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, sendo divididas de acordo com as necessidades do cuidado em: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)⁽¹³⁾.

As capacitações em Segurança do Paciente foram ofertadas à equipe de enfermagem da UTIN, UCINCo e UCINCa do HEDA. A amostra inicialmente elegível consistiu em 52 profissionais de enfermagem de nível médio. Porém, durante a execução da pesquisa, 8 profissionais enfermeiros foram incluídos. Para a execução deste estudo, houve a anuência da instituição hospitalar de saúde na qual a pesquisa se desenvolveu, não havendo a necessidade de submeter o trabalho ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por se tratar de um relato de experiência. Utilizou-se o Arco de Maguerez, idealizado por Charles Maguerez, cuja metodologia problematizadora sistematiza e individualiza o processo em cinco etapas, ao partir da realidade na qual se observou o problema, e a ela retornando com o objetivo ensino- aprendizagem alcançado (figura 1)⁽¹⁴⁾.

Figura 1- Representação esquemática do Arco de Maguerez.



Fonte: Bordenave e Pereira⁽¹⁴⁾.

A primeira etapa é a Observação da Realidade, método oportuno onde o observador é inserido no grupo a ser estudado, com a vivência pessoal do evento, obtendo conhecimento dinâmico, visão detalhada da realidade e compreensão da situação-problema. A Observação

Participante como técnica exige o planejamento, com sistematização prévia para o melhor desenvolvimento das ações. Na segunda etapa, a definição dos Pontos-chave do problema elege aspectos que retratam a realidade observada, identificando-se os possíveis fatores influenciadores diretos. Na terceira etapa, a Teorização representa a fundamentação teórica do problema, averiguando sobre a realidade considerada através da busca na literatura dos aspectos prioritários de solução, por meio do embasamento científico^(15, 16).

Na quarta etapa, ocorre a elaboração das Hipóteses de Solução, envolvendo a formulação de possíveis soluções, considerando o recorte da realidade. Nesse o momento, valoriza-se a criatividade e a reflexão para estabelecer alternativas na resolução do problema, com o registro de todas as hipóteses, explicando cada uma delas como caminhos a percorrer. Temos em seguida a quinta etapa, com a Aplicação à Realidade, onde elege-se a prioridade de aplicação de cada hipótese, executando-se as consideradas viáveis em ações concretas, possibilitando penetrar diretamente no problema. Assim, findam-se as etapas do Arco, o qual parte da realidade e a ela retorna sob forma de benefícios⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi oportuno usar neste estudo a metodologia ativa e problematizadora do Arco de Maguerez, composto por cinco etapas, e cujo ponto de largada e de chegada é a realidade vivenciada, com a possibilidade de contribuição positiva para o serviço de enfermagem⁽¹⁵⁾. No percurso das etapas, foi possível teorizar sobre possíveis fatores associados à assistência em saúde, prestada pela equipe de enfermagem e potencialmente geradora de Incidentes. A figura 2 mostra a representação esquemática da trajetória completa do Arco de Maguerez desenvolvido neste estudo, aplicado com os profissionais de enfermagem das Unidades Neonatais, por meio de capacitações em Segurança do Paciente no cuidado neonatal.

Figura 2 - Representação esquemática da aplicação do Arco de Maguerez no HEDA.



Fonte: Bordenave e Pereira; Borille et al.^(14, 17).

Primeira Etapa do Arco de Maguerez.

Executou-se a primeira etapa do Arco com a Observação da Realidade, onde a participação direta e a observação do fenômeno de interesse possibilitaram entender situações inquietantes da equipe de enfermagem da UTIN, UCINCo e UCINCa do HEDA (14). Podemos citar: inadequações na identificação correta do paciente, na higienização das mãos, na prevenção de infecções e de lesões de pele; inexistência de protocolos de identificação do paciente, de transporte seguro, de prevenção de lesões de pele, de cirurgia segura e de administração segura de medicações. A passagem de plantão também mostrava ruídos de comunicação entre membros da equipe multiprofissional, entre profissionais e a família do neonato. Observou-se ainda falhas nas ações de prevenção do risco de queda e no transporte no neonato entre as Unidades Neonatais.

É sabido que no ambiente neonatal, a rotina é intensa, com cuidados complexos e específicos. Os aspectos estruturais e de processo podem interferir na Segurança do Paciente, mas são consideráveis o elemento humano e a organização do trabalho(18). A observação e a verificação dos registros de enfermagem expuseram situações potencialmente geradoras de Incidentes e sobre as quais exigiriam intervenções. Assim, considerou-se oportuno intervir na realidade do HEDA, a fim de estimular a cultura de Segurança do Paciente no âmbito das Unidades Neonatais, melhorar o nível de conhecimento da enfermagem, estimular as boas práticas para a assistência com o mínimo dano possível.

Segunda Etapa do Arco de Maguerez

Na construção da segunda etapa do Arco, foram elencados problemas ou Pontos-chave principais, os quais possibilitaram observar e analisar os obstáculos mais inquietantes das Unidades Neonatais na assistência de enfermagem. Foram elencados três Pontos-chave prioritários. 1) A atuação incipiente do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HEDA. 2) Os fatores predisponentes e associados aos Incidentes durante a assistência em saúde neonatal prestada pelos profissionais de enfermagem do HEDA. 3) O desconhecimento do profissional de enfermagem das Unidades Neonatais do HEDA sobre as metas de Segurança do Paciente. A problematização resultou na exposição da realidade, iniciando o percurso para a intervenção.

Terceira Etapa do Arco de Maguerez.

Na execução da terceira etapa, ocorreu a Teorização à luz do referencial do Arco de Maguerez, da Segurança do Paciente, das Unidades Neonatais e da assistência de enfermagem. Diante das necessidades observadas, buscou-se o levantamento literário sobre e teorizou-se sobre fatores associados a essa assistência em saúde prestada pela equipe de enfermagem do HEDA, potencialmente geradora de Incidentes, elegidos como Pontos-chave do problema.

Ponto-chave 1: A atuação incipiente do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HEDA para a execução do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

A PNSP, instituída pela Anvisa, através da Portaria GM n°. 529/2013, visa promover a cultura de segurança, com a necessidade de envolver profissionais de saúde e pacientes,

e de qualificar os processos de comunicação e da notificação de Eventos Adversos por meio de sistemas efetivos⁽¹⁸⁾. No mesmo ano, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n°. 36, incorporou-se os conceitos de gestão de risco, trazendo a obrigatoriedade da criação do NSP nos serviços de saúde, além da notificação, vigilância e monitoramento dos Incidentes na assistência⁽¹⁹⁾. Foi um marco no Brasil para as ações de melhoria da qualidade e Segurança do Paciente nos serviços de saúde⁽²⁰⁾.

Destaca-se para o primeiro ponto-chave elencado o papel do NSP em garantir a execução da cultura de segurança do paciente dentro das instituições de saúde. Vale ressaltar que o tema de Segurança do Paciente é relativamente novo, e incipiente no HEDA, em processo de consolidação dos protocolos nas Unidades Neonatais. As ações do NSP neonatal estão evoluindo, mas ainda mostram deficiências, com ausência de protocolos, de check-list e de feedback das notificações à equipe neonatal, sobre os Incidentes e os indicadores gerados.

Os protocolos de Segurança do Paciente são instrumentos para um sistema de saúde mais seguro e potencializador do trabalho em equipe. As notificações dos Eventos Adversos aos setores competentes devem ocorrer para os componentes humanos, equipamentos e materiais utilizados no cuidado em saúde, devendo ser monitorados os resultados por meio dos indicadores⁽⁵⁾. Além disso, quando a comunicação do erro é realizada, a equipe precisa receber o feedback para o aprendizado e o direcionamento de soluções conjuntas entre todos os membros da equipe e gestores⁽²¹⁾.

Ponto-chave 2: Fatores predisponentes e associados aos Incidentes durante a assistência em saúde neonatal prestada pelos profissionais de enfermagem do HEDA.

Os três setores das Unidades Neonatais devem articular linha de cuidados progressivos aos recém-nascidos. A UTIN corresponde a uma área de assistência a neonatos criticamente enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados de saúde especiais e contínuos. A UCINCo, interna neonatos de médio risco e em assistência contínua e a UCINCa é uma etapa pré alta-hospitalar, voltada para o aprimoramento dos cuidados maternos⁽¹³⁾. A legislação brasileira menciona que a UTIN e a UCINCo devem dispor de uma equipe mínima para a segurança na prestação dos cuidados, e que a rotina desses setores é intensa e desgastante. Na UTIN, deve haver um enfermeiro assistencial a cada dez leitos/turno e no mínimo um técnico de enfermagem para cada dois leitos/turno (18, 21).

Reportando-nos ao segundo ponto-chave, acredita-se que o potencial para falhas na assistência segura das Unidades Neonatais do HEDA pode estar relacionado a diversos fatores, assim como em outros estudos^(21, 22). Podemos destacar infraestrutura inadequada; materiais com qualidades inferiores ao preconizado, insuficientes ou inapropriados aos neonatos; equipamentos antigos e sem manutenção periódica; sobrecarga de trabalho dos profissionais por fatores inerentes à precarização dos vínculos, elevada jornada semanal; lotação máxima frequente do setor; diminuição da quantidade dos membros da equipe de enfermagem (seja por atestados, licenças ou férias).

Os profissionais de enfermagem precisam estar satisfeitos, em número adequado, atuantes em ambiente com comunicação eficaz e com clima de segurança satisfatório para

a qualidade da assistência⁽²³⁾. Um estudo de 2011 por Lamy Filho, realizado em duas UTIN mostrou que quanto maior o quantitativo de neonatos em relação a cada técnico de enfermagem, maior foi a ocorrência de Eventos Adversos, com risco triplicado para Incidentes com danos ao paciente, quando o número de neonatos era superior a 11 por enfermeiro⁽²⁴⁾. Na Unidade Neonatal em que ocorreu a intervenção, acredita-se que haja um quadro reduzido de profissionais atuantes, principalmente por férias e afastamentos médicos, obrigando a situações de acumulação de horas extras, devido à especificidade do cuidado.

Aliado a isso, a precarização dos vínculos com prejuízo de alguns direitos trabalhistas, as duplas jornadas de trabalho, os afazeres da vida pessoal/familiar, e as atividades acadêmicas desenvolvidas concomitantemente ao trabalho, são situações rotineiras que atingem a equipe de enfermagem, desafiando a prática assistencial e gerencial no alcance do preconizado no PNSP^(25, 26). Em vista disso, o segundo ponto-chave elencado reflete que a precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais de enfermagem, interferem diretamente na prestação de assistência segura aos neonatos.

Ponto-chave 3: O desconhecimento do profissional de enfermagem das Unidades Neonatais do HEDA sobre as metas de Segurança do Paciente.

Em 2008 surgiu no Brasil a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), organização que promove cooperação técnica entre instituições ligadas à saúde e educação de profissionais em saúde, com o intuito de fortalecer a assistência de enfermagem segura⁽²⁷⁾.

A equipe de enfermagem tem grande atribuição na assistência ao neonato, e necessita realizar capacitações em saúde para a ampliação de seus conhecimentos e promoção do cuidado seguro aos recém-nascidos e familiares⁽²⁸⁾. Capacitações sobre Segurança do Paciente para profissionais de saúde atuantes, além de ampliar o conhecimento, promovem mudanças significativas nas atitudes e competências profissionais na temática⁽²⁵⁾. O HEDA é um hospital público, e as ações de incentivo às capacitações de pessoal por parte da instituição tem sido pouco frequente, dificultando a discussão e a aplicação de métodos eficazes para a segurança na assistência. Portanto, o terceiro ponto-chave retoma a necessidade de estratégias de atualizações da equipe de enfermagem, para aumentar o nível de conhecimento sobre a Segurança do Paciente no cuidado neonatal, enfatizando as Seis Metas Internacionais.

Quarta Etapa do Arco de Maguerez.

Durante a quarta etapa, após reconhecer os problemas, levantaram-se hipóteses de solução para melhorar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem neonatal em Segurança do paciente. Utilizou-se propostas de conteúdo criativo e exequíveis. Diante disso, fez-se o planejamento das capacitações sobre a temática, com a previsão inicial de execução do treinamento em duas turmas de profissionais de enfermagem, a ocorrerem na sala de reuniões do HEDA. A pretensão foi treinar o total de 52 profissionais de enfermagem de nível médio das Unidades Neonatais do HEDA, sendo 29 técnicos de enfermagem da UTIN, 16 técnicos da UCINCo e 7 técnicos da UCINCa.

Durante o planejamento da capacitação, foi elaborado um plano de ação, com as possíveis intervenções: aplicação de pré-teste; discussão em grupo sob forma de rodas de conversa acerca do tema Segurança do Paciente, enfatizando Incidentes, Metas Internacionais, atuação do NSP, com exposição dos protocolos e fichas de notificações dos Eventos Adversos. Foi planejado aplicar um caso clínico, apresentar um vídeo sobre comunicação efetiva entre a equipe, e elaborar uma cartilha para fornecer a cada setor das Unidades Neonatais, apresentando os pontos principais do PNSP, bem como a atuação do NSP.

Planejou-se ainda na fixação das metas de segurança do paciente em mural e a participação conjunta com equipe de enfermagem e Coordenação da UTIN e UCINCo, na elaboração e implantação de check-list e protocolos de Segurança do Paciente, contemplando as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (Identificação, Cirurgia Segura, Transporte Seguro, Prevenção de lesões de pele). Foi ainda sugerida à Coordenação a realização de reunião regular com representante do NSP e membros da equipe das Unidades Neonatais, para feedback das notificações de Incidentes na assistência. Almejou-se também avaliar o aprendizado sobre o aperfeiçoamento com pós-teste, após a realização das oficinas.

Quinta Etapa do Arco de Maguerez.

Na quinta e última etapa do Arco ocorreu a aplicação à realidade, com intervenções sobre a temática da Segurança do Paciente neonatal. Durante a execução prática, ocorreram mudanças nas ações planejadas, visando melhorar a adesão dos profissionais às capacitações. Com isso, realizou-se nove rodas de conversa com técnicos de enfermagem das Unidades Neonatais do HEDA, as quais aconteceram na sala da recepção dos setores UTIN e UCINCo, durante seis dias do mês de julho de 2022, nos turnos tarde e noite, além de uma roda de conversa foi realizada na sala de Coordenação de Enfermagem, abrangendo enfermeiros. Oportunizou-se a capacitação para toda a equipe de enfermagem, pois o treinamento oferecido atingiu os dias de todas as escalas de serviço, com rodas de conversa nos próprios locais de trabalho e nos horários de menor execução de cuidados desses profissionais.

Assim, do total 52 técnicos de enfermagem das Unidades Neonatais inicialmente elencados para participarem das capacitações, apenas 45 estavam elegíveis, por serem da UTIN ou UCINCo, uma vez que o setor da UCINCa estava temporariamente desativado devido a necessidades de readequação na estrutura física, com consequente dissolução da equipe de enfermagem. Dos 45 técnicos de enfermagem, 11 estavam afastados por férias ou motivos médicos. Assim, foram capacitados 34 técnicos ativos no serviço neonatal do HEDA, além de 08 enfermeiros.

Questões problematizadoras sobre Segurança do Paciente foram levantadas, fomentando a resposta dos participantes e a construção de conceitos coletivos. Foi realizada discussão acerca do tema Segurança do paciente, atuação do NSP, protocolos e notificações dos Eventos Adversos. Foi apresentado um vídeo sobre comunicação efetiva entre a equipe. Foi fornecida a cada setor das Unidades Neonatais uma cópia impressa de cartilha confeccionada para o estudo, contendo 13 páginas e contemplando pontos do PNSP. Foi fixado em mural das Unidades Neonatais, as Metas Internacionais de Segurança

do Paciente.

Foram elaborados e implantados, com apoio de outros enfermeiros das Unidades Neonatais, Protocolos e check-list de Cirurgia Segura, Transporte Seguro, Identificação correta, Prevenção de Lesões de Pele e Uso Seguro de Medicação. Foram reforçados protocolos já existentes no setor, como o de Prevenção de Infecções, enfocando no PNSP. Sugeriu-se a realização de reuniões regulares com representantes do NSP e das equipes de saúde multiprofissional das Unidades Neonatais, para feedback das notificações de Incidentes, sem o caráter punitivo e para correções futuras das falhas identificadas.

Neste estudo, correram algumas limitações que impossibilitaram a execução completa do plano de ação inicial. Uma delas foi a falta de tempo dos técnicos de enfermagem para as capacitações, evidenciada durante o pedido de confirmação prévia da presença no treinamento, a ocorrer em sala fora do setor de trabalho, quando se verificou que a adesão não seria satisfatória. Assim, as aplicações do pré-teste, pós-teste e caso clínico foram suprimidas, por serem consideradas inviáveis de execução nas rodas de conversa no próprio local de trabalho, onde a estrutura física era pequena e sem recursos de ensino disponíveis. Outra restrição no estudo foi a ausência de profissionais por motivos de afastamentos médicos, férias, licença-gravidez, licença-maternidade, ou por necessidade eventual de assistência do profissional ao recém-nascido, no momento da capacitação.

Ademais, a capacitação que foi planejada para os profissionais de enfermagem da UCINCa não foi possível executar, pois problemas de infraestrutura obrigaram a instituição a promover uma reestruturação do referido setor, com a necessidade da desativação temporária e da conseqüente dissolução da equipe de trabalho, impossibilitando o treinamento desses profissionais. Uma ressalva desta pesquisa foi a realização da capacitação restrita à equipe de enfermagem, pois entende-se que o cuidado neonatal é multiprofissional, exigindo os demais membros da equipe estejam sensibilizados com a temática da segurança. Apesar dos entraves, as capacitações atingiram a grande maioria dos profissionais de enfermagem, e acredita-se que as discussões foram ricas, contemplando a pretensão inicial do facilitador.

Apesar da experiência com outras metodologias problematizadoras, o contato com o Arco de Maguerez fora novo e sua utilização exigiu planejamento, raciocínio, cautela e o alinhamento entre a teoria e a prática reflexiva, durante todo o percurso das etapas. Considera-se que houve o progressivo aprimoramento da nova metodologia ativa por parte do facilitador. Tal estratégia metodológica objetivou a participação da construção da assistência em saúde adequada, ainda que na dimensão local, proporcionando a transformação dentro da prática de trabalho, permitindo também o desenvolvimento da práxis, da formação educacional ativa e transformadora para a prática social^(17, 29).

Assim, houve o fomento à Educação Permanente em Saúde, que compreende o ensino-aprendizagem inseridos no trabalho diário das instituições que ofertam saúde, para promover a evolução das práticas de trabalho⁽⁹⁾. Portanto, acredita-se que esta pesquisa, além de apresentar uma configuração adequada a um problema observado no HEDA, promoveu a reflexão de todos os profissionais envolvidos e colaborou com a cultura de Segurança do Paciente no cuidado neonatal, e progressiva transformação da realidade. Espera-se que tal estudo tenha proporcionado estratégias de melhorias da segurança na assistência dos recém-nascidos das Unidades Neonatais do HEDA, favorecendo práticas criteriosas e livres de danos, tornando o cuidado pautado por práticas mais seguras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que esta pesquisa, tornou o profissional de enfermagem das Unidades Neonatais do HEDA alerta na Segurança do Paciente, pois o conhecimento sobre o tema, proporciona a melhoria nos cuidados sistematizados, colabora com a cultura de Segurança do Paciente no cuidado neonatal, aperfeiçoando e qualificando a assistência. As atividades desenvolvidas neste estudo conduziram novas descobertas, contextualização, estabelecimento de vínculos, reflexão das condutas profissionais, mudanças e construção coletiva do saber na formação continuada de profissionais.

Considera-se que ocorreram repercussões positivas em todo o processo desta pesquisa-intervenção, com a aplicação do Arco de Maguerez. A construção do conhecimento coletivo nas Unidades Neonatais transpôs competências indispensáveis e aptidões ocultas do interventor e do objeto da intervenção, integrando os conhecimentos e as realidades dentro do SUS. A metodologia do Arco instigou a reflexão sobre todo o processo, sobre o papel do profissional como parte da equipe de saúde e sobre sua responsabilidade dentro da cultura da Segurança do Paciente na instituição hospitalar, levando-o a desenvolver competências diante dos problemas identificados, com o compromisso de elucidá-los. Completou-se então o Arco de Maguerez, tendo como ponto de partida o contato com a realidade social, proporcionando o aprendizado e a transformação dentro da prática de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008 – 2009. Geneva; 2008.
2. Batista AC de O. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal. Florianópolis. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, , 2015.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa; 2017.
4. World Health Organization (WHO). A World Alliance for safer Health Care. More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva; 2009.
5. Brasil. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. [Acesso em: 22 de março de 2022]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
6. Higgins, RD. *et al.* Hypothermia and Other Treatment Options for Neonatal Encephalopathy: an Executive Summary of the Eunice Kennedy Shriver NICHD Workshop. The Journal of Pediatrics. 2011;159(5):851-858. [Acesso em: 10 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://www.jpeds.com/action/showPdf?pii=S0022-3476%2811%2900786-4>.
7. Nunes, FDO. *et al.* Patient safety: how nursing is contributing to the issue? Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2004, Rio de Janeiro. [Acesso em: 16 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/3007/>

pdf_1296.

8. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília; Seção 1: 9275-9279.
9. Villa, EA. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Educação Profissional. Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - CEFES. 2019, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Módulo 6: Imergindo na Prática Pedagógica Crítica.
10. Piauí. Portal do Governo do Estado do Piauí. Portal da Saúde. HEDA: UTI Neonatal garante atendimento humanizado à população de Parnaíba; 2013. [Acesso em: 21 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://saude.pi.gov.br/noticias/2013-10-21/5519/heda-uti-neonatal-garante-atendimento-humanizado-a-populacao-de-parnaiba.html>.
11. Heda. Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. Governo do Estado do Piauí; 2022. [Acesso em 23 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://www.heda.pi.gov.br>.
12. Sesapi. Governo do Estado do Piauí. Secretaria Estadual da Saúde. Parnaíba ganha casa-da-gestante e 10 leitos de cuidados intensivos neonatal; 2017. [Acesso em: 21 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2017-08-13/8173/parnaiba-ganha-casa-da-gestante-e-10-leitos-de-cuidados-intensivos-neonatal.html>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 930, de 1º de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de
14. Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Acesso em: 21 de março de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html.
15. Bordenave, JD; Pereira, AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 25ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004: 15-21.
16. Colombo, AA; Berbel, NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina. 2007, julho/dezembro;28(2): 121-146.
17. Queiroz, DT *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. Rev. Enferm. UERJ, 2007. Rio de Janeiro; 15(2): 276-283.
18. Borille, DC *et al.* A Aplicação do Método do Arco da Problematização na Coleta de Dados em Pesquisa de Enfermagem: relato de experiência. Texto & Contexto – Enfermagem. 2012; [online]; 21(1):209-216. [Acesso em: 10 de julho de 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/kjrHKpfCbFdBbr3wdztzJKn/?lang=pt&format=pdf>
19. Sales, IMM *et. al.* Contribuições da Equipe Enfermagem na Segunda Etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospital do recém-nascido. Revista Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2018; dezembro; 22(4). [Acesso em: 10 de março de 2022]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180149.pdf.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36 de 25 de julho de 2013b. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. DOU. Nº 143 (julho2013), Seção I:32-33. [Acesso em: 22 de janeiro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
21. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [homepage na internet]. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. 2016. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/planointegrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-dopaciente-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 10 fev. 2022.
22. Tomazoni, A *et al.* Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. Revista Gaúcha de Enfermagem; 2017. [online]; 38(1). e64996. ISSN 1983-1447. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/BTjdHPPyBWvqWDQ6cgWTvrw/?lang=pt#>
23. Novaretti, MCZ *et al.* Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. Rev Bras Enferm.; 2014. [online]; 67(5):692-699. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>. ISSN 1984-0446. Acesso em: 8 jan. 2022.
24. Abdi Z *et al.* The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. Journal of nursing management. 2015; 23(3):333-345. [Acesso em: 10 de fevereiro de 2022]. Disponível em: doi:10.1111/jonm.12135. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12135>.
25. Lamy Filho, F *et al.* “Staff workload and adverse events during mechanical ventilation in neonatal intensive care units.” Jornal de pediatria. 2011; 87(6):487-492. [Acesso em: 7 de janeiro de 2022]. doi:10.2223/JPED.2140. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22068699/>.
26. Ahmed, M *et. al.* Building capacity and capability for patient safety education: a train-the-trainers programme for senior doctors. BMJ Qual Saf. 2013; 22(8):618-25.
27. Silva, DCZ. Construção e validação de conteúdo dos checklists de segurança do paciente no cuidado de enfermagem em unidades de terapia intensiva neonatal. Dissertação de mestrado- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte 2019. [Acesso em: 11 de fevereiro de 2022]. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BB5KLR/1/daniela_cristina_zica_silva.pdf.
28. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP). Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). 10 Passos Para a Segurança do Paciente – Polo São Paulo. São Paulo, 2010. [Acesso em: 21 de março de 2022]. Disponível em: https://www.rebraensp.com.br/_files/ugd/ab7357_013e1ccc020348d4a9d3067d583ffa34.pdf.
29. Gesteira, ECR *et. al.* Método Canguru: Benefícios e Desafios Experienciados por Profissionais de Saúde. Revista de Enfermagem UFSM, 2016; 6(4):518-528. [Acesso em: 10 de março de 2022]. Disponível em: DOI: 10.5902/2179769220524. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20524>.

30. Melo, MC.et al. Aprendizagem baseada na problematização: utilizando o Arco de Maguerez na graduação de enfermagem. Revista Gestão & Saúde,2016. [S. l.]; 7(1):247–259. [Acesso em: 11 jul. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3410>>.

Boas práticas para o manejo e manutenção de cateteres venosos centrais na unidade de terapia intensiva neonatal: um relato de experiência

Juliana Coimbra Gonçalves Coelho de Rezende

Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. Parnaíba, Piauí, Brasil

Nilza Bezerra Pinheiro da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil

RESUMO

Introdução: Os cateteres venosos centrais são dispositivos utilizados na terapia intravenosa em recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. As boas práticas no manejo e manutenção dos cateteres garantem a segurança na administração de medicamentos e soluções, bem como previnem complicações. **Objetivo:** O presente estudo visa utilizar o Arco de Maguerez como estratégia para estabelecer as boas práticas no manejo e manutenção de cateteres venosos centrais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com a finalidade de evitar complicações e a consequente retirada precoce dos dispositivos. **Método:** Constitui um relato de experiência a partir da observação da realidade na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público estadual no município de Parnaíba, estado do Piauí, utilizando a Metodologia da Problematização através da aplicação do Arco de Maguerez e suas respectivas etapas. **Resultados:** A elaboração e implantação dos protocolos para cateteres venosos centrais, o monitoramento adequado dos cateteres, através do preenchimento completo dos impressos específicos e a capacitação da equipe de enfermagem foram fundamentais para a melhoria na qualidade da assistência relacionada ao manejo e manutenção dos acessos venosos centrais. **Considerações finais:** A Metodologia da Problematização, tendo como base o Arco de Maguerez e suas respectivas etapas, demonstrou ser um importante instrumento capaz de proporcionar uma mudança da realidade. Os resultados alcançados foram positivos para a melhoria da assistência prestada aos recém-nascidos em uso de cateteres venosos centrais internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Palavras-chave: cateterismo venoso central. recém-nascido. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.



ABSTRACT

Introduction: Central venous catheters are devices used in intravenous therapy in newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. Good practices in the management and maintenance of catheters ensure safety in the administration of medicines and solutions, as well as prevent complications. **Objective:** This study aims to use the Arco de Maguerez as a strategy to establish good practices in the management and maintenance of central venous catheters in the Neonatal Intensive Care Unit, with the purpose of avoiding complications and the consequent early removal of devices. **Method:** Constitutes an experience report from the observation of reality in the Neonatal Intensive Care Unit of a state public hospital in the municipality of Parnaíba, State of Piauí, using the Problematization Methodology through the application of the Arco de Maguerez and its respective stages. **Results:** The development and implementation of protocols for central venous catheters, adequate monitoring of catheters, through the complete completion of specific forms and the training of the nursing team were fundamental for improving the quality of care related to the management and maintenance of central venous accesses. **Final considerations:** The Problematization Methodology, based on the Maguerez Arch and its respective stages, proved to be an important instrument capable of providing a change of reality. The results achieved were positive for the improvement of the care provided to newborns using central venous catheters hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit.

Keywords: central venous catheterization. newborn. Neonatal Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

O incremento das tecnologias de saúde aplicadas na assistência ao paciente neonato, empregado aos que necessitam de cuidados mais complexos e invasivos, tem tido grandes avanços, entre os quais destacam-se os dispositivos de terapia intravenosa, que visam práticas para promover a segurança do paciente nas unidades de neonatologia⁽¹⁾. O cateterismo venoso central é um processo de alta complexidade, o que exige conhecimentos específicos e treinamento constante em relação a sua inserção, manipulação e remoção, assim como medidas de prevenção das complicações provenientes de uma prática inadequada⁽²⁾.

A terapia intravenosa (TIV) ocupa lugar de destaque entre os conjuntos de tecnologias que são imprescindíveis para a sobrevivência dos recém-nascidos, contudo representam fonte importante de dor, estresse e risco para complicações potencialmente graves⁽³⁾. A terapêutica intravenosa segura é considerada um fator importante na assistência desses neonatos que frequentemente necessitam de medicamentos e alimentos por via parenteral em tempo prolongado⁽⁴⁾. A obtenção de um acesso venoso seguro consiste em um dos maiores desafios para que a equipe possa implementar a terapia intravenosa, de forma a assegurar o tratamento e a qualidade da assistência⁽⁵⁾.

O cuidado de enfermagem aos pacientes que necessitam de terapia intravenosa implica em uma avaliação contínua, em todas as etapas do processo. Assim, torna-se imprescindível a construção, implementação e avaliação das diretrizes clínicas que norteiem a escolha do melhor dispositivo intravenoso tendo por base as necessidades da clientela⁽⁶⁾. Os acessos vasculares são dispositivos imprescindíveis para o cuidado em terapia intensiva, devido à necessidade de terapia medicamentosa, monitorização hemodinâmica, nutrição

parenteral, dentre outras indicações⁽⁷⁾.

O Cateter Venoso Central (CVC) é um grande avanço no tratamento dos recém-nascidos, porém, em razão da alta taxa de complicações observadas, seu uso deve ser restrito ao recém-nascido que não tenha outra alternativa de tratamento. O acesso venoso central difere do periférico particularmente pela gravidade de suas complicações, de modo que sua indicação seja motivo de ponderação e bom senso⁽⁸⁾.

O Cateter Umbilical Venoso (CUV) é considerado a primeira escolha em neonatologia para a instalação de cateter venoso central, mas que também apresenta limitações, devendo ser substituído por outro tipo de cateter central caso a terapia infusional ultrapasse sete dias⁽⁹⁾. O Cateter Central de Inserção Periférica, do inglês Peripherally Inserted Central Catheter (PICC) vem sendo utilizado como alternativa de acesso venoso estável e eficaz em recém-nascidos. A utilização do PICC tem como finalidade a promoção de terapia intravenosa por tempo prolongado e de forma segura, preservando a rede venosa periférica, além de diminuir a dor e o estresse por repetidas punções⁽¹⁰⁾. Alguns cateteres venosos centrais são inseridos por procedimento cirúrgico, como é o caso da dissecação venosa, que apresenta maior risco quando comparado aos outros tipos de cateteres⁽²⁾.

O procedimento de punção venosa é uma das práticas mais difíceis de realizar no neonato. Além disso, a perda frequente do acesso venoso causa interrupções na infusão de líquidos e eletrólitos, comprometendo a eficácia da terapêutica. A manutenção de um acesso venoso em neonatos clinicamente instáveis, internados em unidades neonatais, é um desafio aos profissionais responsáveis pela sua assistência⁽¹¹⁾. Eventos adversos relacionados ao uso de dispositivos intravasculares centrais mostram-se frequentes na população neonatal, sendo fundamental a avaliação desses eventos para indicar os aspectos do cuidado que podem ser melhorados, a fim de tornar a assistência mais segura⁽²⁾.

Por se tratar de um procedimento habitual em unidades de terapia intensiva, a cateterização de um acesso venoso central necessita que boas práticas assistenciais sejam aplicadas desde sua inserção e manejo, até o momento da sua retirada⁽¹²⁾. A parceria e a boa comunicação entre as equipes médicas e de enfermagem são fundamentais para o estabelecimento dessa rotina, que inclui o planejamento do acesso venoso, a seleção do cateter, a higienização das mãos na inserção, manuseio e retirada do cateter, inserção asséptica do dispositivo, antissepsia da pele, rotinas de curativos, preparo e controle da qualidade das infusões, controle do tempo de infusão dos fluidos parenterais e padronização nas trocas de equipes e conexões⁽¹³⁾.

A via intravenosa é o principal acesso para a administração de fármacos em recém-nascidos internados em UTIN, sendo vital para sobrevivência. Porém existem poucos estudos nacionais que forneçam subsídios para avaliação e melhoria dessa prática, a despeito de dois terços do tempo da equipe de enfermagem, destinados à criança hospitalizada, serem consumidos pela terapia intravenosa. Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro concluiu que 99,6% dos recém-nascidos abaixo de 1.500 gramas utilizavam fármacos e soluções intravenosas através de vários tipos de dispositivos intravasculares⁽³⁾.

A partir da observação da ocorrência de complicações relacionadas aos cateteres venosos centrais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, levando a implicações na

assistência prestada aos recém nascidos internados na unidade, identificou-se a necessidade de estabelecer boas práticas para o manejo e manutenção desses dispositivos. A realização de monitoramento diário e criterioso dos cateteres, através do uso adequado do bundle para cateteres venosos centrais, a elaboração e implantação de protocolos e a capacitação da equipe de enfermagem são intervenções que visam reduzir complicações e qualificar a assistência neonatal. A utilização da Metodologia da Problematização, através do Arco de Maguerez e suas respectivas etapas, possibilita fazer uma análise crítica da realidade, elegendo um problema inquietante e a partir dele realizar ações de forma a promover uma mudança positiva da realidade.

O presente estudo visa utilizar o Arco de Maguerez como estratégia para estabelecer as boas práticas no manejo e manutenção de cateteres venosos centrais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com a finalidade de evitar complicações e a consequente retirada precoce dos dispositivos.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência a partir da observação da realidade. Foi utilizada a Metodologia da Problematização, através da aplicação do Arco de Maguerez e suas respectivas etapas: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Através da observação da ocorrência de complicações relacionadas aos cateteres venosos centrais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, surgiram inquietações e o desejo em desenvolver mecanismos que proporcionassem uma melhora significativa no cuidado prestado aos recém-nascidos com acessos venosos centrais, evitando dessa forma a retirada precoce dos cateteres e consequente prejuízo ao tratamento proposto. Foi possível perceber que a ocorrência dessas complicações leva a várias implicações que refletem diretamente na qualidade da assistência prestada, dentre elas o prolongamento no tempo de internação, a interrupção da terapia venosa pretendida, a necessidade de novos procedimentos invasivos, o aumento do risco de infecção, da dor e do estresse dos recém nascidos, o aumento dos custos hospitalares e uma redução na rotatividade dos leitos de terapia intensiva neonatal.

O desenvolvimento do trabalho ocorreu no período de janeiro a setembro de 2022, através da utilização de cada etapa do Arco de Maguerez de forma individual. Teve como cenário a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público estadual, localizado no município de Parnaíba, estado do Piauí, em sua totalidade vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e que é referência no atendimento à gestação de alto risco na região. A unidade neonatal possui equipe multidisciplinar na prestação da assistência direta aos recém-nascidos, em tempo integral, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem, obedecendo o dimensionamento adequado para o seu funcionamento. Como equipe de apoio na prestação dos cuidados, conta com psicólogo, assistente social, nutricionista, equipe médica de cirurgia pediátrica e neurocirurgia.

O Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) encontra-se localizado na cidade de Parnaíba, Estado do Piauí, na região denominada Planície Litorânea. O município de

Parnaíba é considerado uma macrorregião de saúde, atendendo a 13 municípios da região norte do estado do Piauí e municípios vizinhos dos estados do Ceará e Maranhão. Por se tratar de um hospital referência para urgência e emergência, recebe uma grande demanda de pacientes vindos desses municípios. O mesmo possui maternidade referência na região para gestantes de alto risco, com atendimento 24 horas.

O serviço de Neonatologia do HEDA foi implantado no ano de 2012, com a instalação da Unidade de Terapia Intensiva - UTIN, habilitada com 10 leitos e a Unidade de Cuidado Intermediário Canguru - UCINCa, habilitada com 05 leitos. No ano de 2018, foi implantada a Unidade de Cuidado Intermediário Convencional - UCINCo, que conta com 10 leitos habilitados, totalizando 25 leitos neonatais. O hospital está inserido no QualiNEO desde o ano de 2018, que consiste numa estratégia do Ministério da Saúde que visa diminuir a mortalidade neonatal e qualificar o atendimento ao recém-nascido nas maternidades das regiões Norte e Nordeste do país.

Além disso, a instituição possui a certificação da Iniciativa Hospital amigo da Criança (HIAC), sendo referência em qualidade e humanização do atendimento em todas as etapas da gestação, parto, nascimento e período neonatal precoce e também está inserido na Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde lançada no ano de 2011, com o objetivo de ampliar e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério, bem como a assistência à criança com até 24 meses de vida.

Os recém nascidos admitidos na unidade neonatal são na grande maioria provenientes do centro obstétrico e centro cirúrgico do próprio hospital, sendo as principais causas de internação a prematuridade, a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), anóxia perinatal e más formações congênitas. Os pais dos recém-nascidos internados têm acesso livre ao setor e são integrados à equipe, sendo estimulados a participar diretamente da prestação dos cuidados de forma supervisionada.

Figura 1 - Arco da Problemática de Charles Maguerez



Fonte: Colombo, A. A.; Berbel, N. A. N. 2007

A Metodologia da Problematização é utilizada em situações nas quais os temas estejam relacionados com a vida em sociedade, tendo como referência o método do Arco de Charles Maguerez, apresentado pela primeira vez por Bordenave e Pereira, em 1982. O Arco de Maguerez é uma estratégia de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da problematização, que consta de cinco etapas que acontecem a partir da realidade social: a observação da Realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e a aplicação à realidade⁽¹⁴⁾.

A primeira etapa é a da observação da realidade e a definição do problema. É o início de um processo de apropriação de informações através da observação da realidade existente, a fim de identificar o problema do estudo e contribuir para a transformação da realidade observada. Definindo o problema, inicia-se um processo de reflexão acerca dos possíveis fatores e determinantes maiores relacionados ao problema, possibilitando uma maior compreensão da complexidade e da multideterminação do mesmo. Isso culminará na definição dos pontos-chaves do estudo, cuja investigação possibilitará uma nova reflexão sobre o mesmo⁽¹⁵⁾.

A Teorização, terceira etapa do Arco de Maguerez, é o momento em que os sujeitos passam a perceber o problema e indagar o porquê dos acontecimentos observados nas fases anteriores. Uma teorização bem desenvolvida leva o sujeito a entender o problema, não somente em suas manifestações baseadas nas experiências ou situações, mas também os princípios teóricos que o explicam⁽¹⁴⁾. Todo estudo, até a etapa da Teorização, deve servir de base para transformação da realidade. Então se chega à quarta etapa, a das Hipóteses de Solução, em que a criatividade e a originalidade devem ser bastante estimuladas para se pensar nas alternativas de solução⁽¹⁵⁾.

Por fim, a última etapa, da Aplicação à Realidade, é aquela que possibilita o intervir, o exercitar, o manejar situações associadas à solução do problema⁽¹⁵⁾. Nessa etapa, os sujeitos envolvidos são levados à construção de novos conhecimentos para transformar a realidade observada, por meio das hipóteses anteriormente planejadas⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do exposto, será apresentado a seguir a trajetória da aplicação do Arco de Maguerez, sinalizando as cinco etapas da Metodologia da Problematização proposta pelo método.

Etapa 1- Observação da Realidade

Como ponto de partida para a aplicação do Arco de Maguerez, fez-se necessário a observação da realidade, onde foi possível observar a ocorrência de complicações relacionadas aos cateteres venosos centrais instalados em recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, como a obstrução parcial ou total dos dispositivos, extravasamentos, infiltrações, ruptura e perda acidental ocasionados pelo deslocamento do cateter em decorrência da má fixação e estabilização.

Nesse contexto, alguns fatores contribuíram para a ocorrência dos problemas,

como a não existência de protocolos físicos para a inserção, manutenção e retirada de cateteres, a ausência de padronização para fixação e estabilização dos dispositivos, através dos protocolos de curativos, o baixo índice de monitoramento diário dos acessos venosos centrais por parte dos profissionais de enfermagem, através do preenchimento adequado dos impressos específicos existentes na unidade e a falta de capacitação destes profissionais para o manuseio correto dos acessos.

Diante disso, a existência de problemas relacionados ao manejo e manutenção de cateteres leva a várias implicações na assistência prestada aos recém nascidos, dentre elas o aumento no tempo de internação, a interrupção da terapia estabelecida, a necessidade de novos procedimentos invasivos, o aumento do risco de infecção e estresse dos recém nascidos, o aumento do custo do hospital e uma redução na rotatividade dos leitos.

Em virtude das complicações relacionadas ao uso de cateteres venosos centrais nos recém-nascidos internados na unidade, foi possível eleger o seguinte problema de estudo: aspectos relacionados à ausência de boas práticas para o manejo e manutenção de cateteres venosos centrais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Identificando a problemática, foi necessário estabelecer os fatores que podem estar relacionados à ocorrência dos problemas, através da identificação dos pontos-chaves.

Etapa 2- Pontos-chaves

A segunda etapa do arco, com a identificação dos pontos-chaves, fez-se o levantamento dos principais pontos analisados na unidade neonatal, relacionado aos acessos venosos centrais, levando em consideração os aspectos mais relevantes para esclarecer ou solucionar o problema.

Sendo assim, foi possível elencar os seguintes pontos chave:

1. Quais as boas práticas a serem adotadas pela equipe de enfermagem para o manejo e manutenção dos cateteres venosos centrais?
2. Quais os protocolos para a inserção, manutenção e retirada dos cateteres venosos centrais na unidade neonatal?
3. Quais os protocolos para fixação e estabilização dos cateteres venosos centrais?
4. Elaboração e implantação dos protocolos para cateteres venosos centrais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Etapa 3- Teorização

Naterceiraetapa,procede-seaanáliseteórico-científicadasituação problematizadora. Para isso, foram realizadas pesquisas em bases de dados e foram encontrados 13 artigos que tratavam sobre a temática e que puderam embasar cientificamente o estudo.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um ambiente terapêutico destinado ao tratamento de recém-nascidos que exige da equipe um preparo que sustente a complexidade das atividades ali desenvolvidas. Ressalta-se que existem, para cada resultado clínico, fatores de risco diferentes, pois recém-nascidos de alto risco, em especial os prematuros

em cuidados intensivos, são expostos a vários eventos adversos, sejam de natureza clínica ou circunstancial, refletindo a complexidade desse ambiente terapêutico. Muitos desses recém-nascidos necessitam de um acesso venoso para a infusão de soros, medicamentos, nutrições parenterais, dentre outros⁽¹⁶⁾.

A terapia intravenosa (TIV) é uma das áreas que tem exigido atenção especial na assistência de enfermagem neonatal, pois a necessidade de administração de drogas vasoativas, antibióticos e nutrição parenteral exigem a manutenção de um acesso venoso seguro e duradouro⁽¹⁷⁴⁾. A TIV tem como instrumento fundamental o uso de dispositivos intravenosos, os quais são tecnologias comumente empregadas nos cuidados aos neonatos de alto risco. Embora seu uso possa acarretar prejuízos à saúde dessa população, é papel da enfermagem prevenir as complicações, que podem ser decorrentes do próprio paciente, do dispositivo empregado e/ou do cuidado prestado⁽¹⁸⁾. A utilização de cateteres centrais para garantir o acesso venoso é uma tecnologia importante para a sobrevivência, especialmente de recém-nascidos prematuros e dos que possuem patologias que demandam de cuidados intensivos neonatais⁽¹³⁾.

Com o avanço tecnológico e o constante desenvolvimento técnico-científico, houve uma modificação do perfil das crianças internadas, demandando dos profissionais de enfermagem que trabalham nas áreas neonatal e pediátrica, cuidados mais complexos e procedimentos invasivos para a garantia da sobrevivência desta clientela. Quando os profissionais que lidam com o processo de cateterismo venoso central detêm os conhecimentos necessários à sua inserção, manutenção e possíveis complicações relacionadas ao uso dos dispositivos intravasculares, tornam-se responsáveis pelo sucesso desse processo, ao se conscientizarem das consequências previsíveis e imputáveis à sua própria ação ou omissão diante do cuidado às crianças, que são frágeis e vulneráveis⁽²⁾.

Dentre os grandes avanços tecnológicos observados no campo da saúde, destaca-se o cateter venoso central, que exige dos profissionais conhecimentos técnicos em relação a sua manipulação e manutenção, com a finalidade de evitar complicações e proporcionar uma assistência de qualidade, contribuindo para a diminuição do tempo de internação e dos custos hospitalares. Garantir a segurança dos pacientes é fundamental para oferecer uma assistência de saúde e de enfermagem de qualidade⁽²⁾.

A inserção de cateteres intravasculares é um dos procedimentos mais comuns em UTI Neonatal. O uso de dispositivos intravasculares centrais em neonatologia é indispensável, pois são utilizados principalmente para a infusão de fluidos, eletrólitos, nutrição parenteral, hemoderivados, exsanguineotransfusão, para a administração de drogas e monitorização dos pacientes graves. A sua utilização, muitas vezes necessária por períodos prolongados, é devido a características próprias dos pacientes, que frequentemente apresentam impossibilidade de via oral para nutrição e medicamentos, disponibilidade limitada de vasos periféricos e pela gravidade inerente destes pacientes⁽⁸⁾.

O cateterismo venoso central é a inserção de um cateter no sistema vascular com acesso ao sistema circulatório central. A extremidade do cateter fica localizada na veia cava inferior ou na veia cava superior. Os cateteres centrais podem ser classificados como de curta permanência, que são os cateteres umbilicais venosos, os cateteres inseridos por punção de veias femoral, jugular e subclávia e os inseridos por dissecação venosa, também

chamada de flebotomia ou de longa permanência, como é o caso do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC)⁽²⁾.

Em unidades de terapia intensivas neonatais, recomenda-se o uso do cateterismo umbilical venoso (CUV) em neonatos nos primeiros dias de vida, sendo a sua inserção relativamente simples e associada a um baixo risco de complicações relacionada ao processo. Entretanto, o CUV tem um tempo baixo de permanência, devendo ser programada a sua substituição em torno de sete dias⁽²⁾.

Dentre as vias de acessos centrais utilizadas para substituir o cateter umbilical venoso, quando indicado, tem-se o Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) como alternativa de acesso estável e eficaz para neonatos clinicamente enfermos. Trata-se de um cateter longo e flexível, inserido em veia periférica, por meio de uma agulha introdutora, que progride até o terço distal da veia cava superior ou veia cava inferior, adquirindo dessa forma propriedades de acesso venoso central. Esse procedimento torna-se vantajoso para uso em recém-nascidos por que permite reduzir o número de punções venosas, minimiza os procedimentos invasivos, o estresse e o desconforto do neonato⁽¹⁷⁾. Outros benefícios são a longa permanência do dispositivo, as chances reduzidas de infecção, proteção da rede venosa, inserção menos lesiva, possibilidade de administrar soluções irritantes e/ou vesicantes, redução dos custos para os serviços de saúde, além da realização do procedimento a beira leito⁽¹⁹⁾. O enfermeiro é profissional respaldado legalmente para inserir, manipular e remover o PICC, quando este for indicado. Sua utilização está regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme artigos 1º e 2º da Resolução nº 258/2001⁽¹⁶⁾.

A inserção de cateter venoso central por punção de veias subclávia, jugular interna e femoral, além de ser uma alternativa de acesso central em recém-nascidos, permite o monitoramento da pressão venosa central, a realização de exsanguineotransfusão, plasmaférese, hemodiálise, nutrição parenteral, antibioticoterapia prolongada e coleta de sangue para exames laboratoriais. Quando da impossibilidade de inserir o cateter por meio de punção, a inserção se faz por procedimento cirúrgico, como é o caso da dissecação venosa ou flebotomia. Este último apresenta um maior risco de infecção se comparado aos demais tipos de cateteres⁽³⁾. Enquanto no PICC os enfermeiros são os profissionais mais envolvidos na sua execução, os cateteres venosos centrais cirúrgicos são inseridos, privativamente, pelos médicos⁽⁹⁾.

A cateterização venosa central em neonatologia deve ser visto como um processo e não apenas como um procedimento centrado somente no momento da inserção do dispositivo. Os profissionais devem ter uma visão mais ampla, necessitando realizar uma avaliação clínica quando da admissão do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva, para a indicação correta do cateter a ser inserido, considerando as características clínicas individuais, além de uma observação sistematizada durante a permanência desses dispositivos, com a finalidade de evitar ou minimizar complicações decorrentes da prática inadequada da equipe que presta a assistência⁽²⁾.

Dentre as complicações mais frequentes relacionadas ao uso de cateter venoso central na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, em Parnaíba-PI, destacam-se a obstrução parcial ou total dos cateteres, o deslocamento dos

dispositivos por problemas na fixação e estabilização, que podem levar ao extravasamento ou infiltração de medicamentos e soluções no tecido circundante, a ruptura do cateter ou até mesmo a sua saída acidental, com conseqüente perda precoce do mesmo. Tais complicações levam a uma série de implicações na assistência prestada aos recém-nascidos, dentre elas o aumento no tempo de internação, a interrupção da terapia estabelecida, a necessidade de novos procedimentos invasivos, o aumento do risco de infecção e estresse dos recém-nascidos, o aumento do custo do hospital e uma redução na rotatividade dos leitos.

A obstrução ou oclusão do cateter do cateter é um evento intimamente relacionado à mecânica, que ocorre quando há dobras ou compressões do lúmen do cateter. Pode também está relacionado ao acúmulo de fibrina e outros depósitos, como fármacos que se fixam nas paredes do cateter intraluminal⁽¹⁰⁾. Um cuidado necessário a fim de evitar a obstrução é a contínua vigilância da permeabilização do cateter. A integridade deste dispositivo exige a lavagem apropriada com solução fisiológica 0,9% (técnica de flushing) para permeabilizá-lo, evitando misturas de soluções incompatíveis e o refluxo sanguíneo na extremidade do cateter⁽²⁰⁾.

A fisiologia dos neonatos caracteriza-se como fator predisponente para o desenvolvimento de infiltração e extravasamento devido à fragilidade capilar, visto que o tecido subcutâneo é flexível e distende-se facilmente com a presença do líquido e ainda possui integridade venosa prejudicada, o que facilita a fuga capilar. O extravasamento e a infiltração são complicações decorrentes do vazamento acidental de soluções ou medicamentos vesicantes ou não-vesicantes no tecido circundante do vaso, provocando edema, irritação ou queimação, desconforto e dor. As soluções vesicantes são aquelas capazes de provocar lesões bolhosas na pele, como se fossem queimaduras, podendo levar à ruptura do tecido, necrose, deformação, perda de função e até mesmo amputação do membro afetado. A forma mais adequada para a prevenção de infiltração e extravasamento é a observação contínua do local e intervenções imediatas após a ocorrência da complicação⁽¹⁸⁾.

As recomendações básicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA para o manejo e manutenção de acessos venosos incluem a higiene adequada das mãos, a seleção do cateter e do sítio de inserção, o preparo da pele, a estabilização do cateter, a proteção da pele e do cateter com coberturas adequadas, a manutenção do cateter, os cuidados com o sítio de inserção e a remoção do dispositivo⁽²¹⁾. Apesar das recomendações, as equipes de saúde não têm atendido plenamente as práticas recomendadas, incorporando ações inadequadas ao cotidiano assistencial, o que compromete a qualidade da assistência e a segurança do paciente⁽¹²⁾.

Embora a manipulação dos cateteres venosos centrais seja uma atividade rotineira da equipe assistencial nas unidades de terapia intensivas, exige cuidados específicos e vigilância rigorosa das medidas preventivas, com o objetivo de evitar iatrogenias e garantir a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes. Garantir a segurança dos recém-nascidos é fundamental para oferecer uma assistência de saúde e de enfermagem de qualidade. No entanto, se por um lado as intervenções de cuidados de saúde buscam melhorar a assistência prestada, por outro, a combinação de processos, tecnologias e recursos humanos relacionados com o cuidado à saúde pode se tornar um fator de risco para o surgimento de erros e eventos adversos⁽²⁾.

Para isso, a elaboração de protocolos para manejo e manutenção dos cateteres venosos centrais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é fundamental para garantir uma prática assistencial segura, qualificada e pautada em evidências, norteando o profissional para a tomada de decisões, evitando a ocorrência de eventos indesejáveis e contribuindo para a melhoria da assistência prestada pela equipe de enfermagem na unidade neonatal.

Etapa 04 – Hipóteses de Solução

Durante essa etapa, foram propostas as principais mudanças e adaptações com vistas a melhorar a qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos com cateteres venosos centrais internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Dentre as intervenções, as hipóteses de soluções a seguir constituem as melhores opções para que se promova uma real mudança da realidade.

Hipótese de solução 1: Elaborar e implantar protocolos para a inserção, manutenção e retirada dos cateteres venosos centrais realizados pelos enfermeiros (Cateterismo Umbilical Venoso- CUV e Cateter Central de Inserção Periférica- PICC) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN;

Hipótese de solução 2: Estabelecer padronização para fixação e estabilização dos cateteres venosos centrais nas unidades neonatais através da elaboração e implantação dos protocolos de curativos;

Hipótese de solução 3: Instituir e supervisionar o preenchimento e o acompanhamento dos impressos específicos para cateteres venosos centrais pela equipe de enfermagem;

Hipótese de solução 4: Capacitar os enfermeiros para o manejo adequado dos cateteres venosos centrais, sensibilizando os mesmos sobre a importância de seguir os protocolos de boas práticas para a melhoria da assistência de enfermagem relacionadas aos acessos venosos centrais.

Etapa 5 - Aplicação à Realidade

Na quinta etapa, implementou-se a finalização do Arco de Maguerez, através da Aplicação à Realidade, que teve início com a elaboração do plano de ação, onde foram discriminadas detalhadamente as atividades a serem executadas, como a elaboração dos protocolos para cateteres venosos centrais a serem implantados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, as alterações e adaptações dos formulários específicos para cateteres venosos centrais, a elaboração do convite para a oficina prática de capacitação da equipe de enfermagem, a confecção da lista de frequência da oficina, bem como a programação e o preparo do material necessário para a processo de capacitação da equipe de enfermagem da unidade neonatal.

1. Protocolos para cateteres venosos centrais

No mês de julho de 2022 foram elaborados os protocolos para cateteres venosos centrais, também conhecidos como Procedimentos Operacionais Padrões – POP's. Foram quatro os protocolos elaborados, sendo eles: Procedimento Operacional Padrão para Inserção, Manutenção e Retirada de Cateter Umbilical Venoso (CUV), Procedimento

Operacional Padrão para Inserção, Manutenção e Retirada de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), Procedimento Operacional Padrão para Curativo de PICC e Procedimento Operacional Padrão para Curativo de Acesso Venoso Central realizado por Punção ou Dissecção Venosa/Flebotomia. Os protocolos foram feitos seguindo modelo padrão já existente no setor e foram adaptados para a realidade da unidade neonatal, porém sem deixar de seguir as evidências científicas. A elaboração dos POP's foi realizada pela discente do curso de Especialização em Enfermagem Neonatal, sendo posteriormente aprovados pela coordenação de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para então serem apresentados à equipe de enfermagem.

2. Adaptações nos impressos para cateteres venosos centrais

Foram realizadas adaptações nos impressos específicos para cateteres venosos centrais já existentes e implantados no setor, com a inclusão das escalas para infiltração e flebite e o monitoramento das mesmas. A unidade neonatal dispõe de um bundle para Cateter Venoso Central que é composto por três impressos, que são colocados nos prontuários dos recém-nascidos quando da inserção do dispositivo. O primeiro impresso é composto por frente e verso, sendo chamado de Controle de Inserção, Manutenção e Retirada de Acesso Venoso Central. Na frente constam dispostas as informações referentes à identificação do paciente, diagnóstico de internação, indicações do procedimento, tipo de procedimento, veia puncionada, dados para cateter não inserido, controle radiográfico do cateter, conduta após realização de raio x e remoção do cateter e no verso consta o check list para a inserção do cateter, com informações referentes ao procedimento que foi realizado. Foram inseridas no verso as tabelas de infiltração e flebite. O preenchimento das informações referentes à inserção e retirada do dispositivo são de responsabilidade do profissional que realizou o procedimento, bem como o preenchimento do check list é de responsabilidade do profissional que acompanhou a realização do procedimento. O segundo impresso é chamado de Acompanhamento Diário de Cateteres Venosos Centrais e nele são registrados diariamente as informações do cateter, o tipo de fixação/curativo e o surgimento de alterações, como presença de sangramento, sinais flogísticos, flebite e infiltração. O preenchimento é de responsabilidade do enfermeiro plantonista e somente deverá ser preenchido após a avaliação criteriosa do cateter. O terceiro impresso é o Registro de Curativos de Cateteres Venosos Centrais e neles são registrados os curativos realizados e suas condições. Ficou sob a responsabilidade da enfermeira diarista da unidade neonatal fazer o monitoramento diário dos formulários.

3. Oficina de Segurança do Paciente no Cuidado Neonatal

Nos dias 17 e 19 de agosto do presente ano, no turno da tarde, foi realizada a Oficina de Segurança do Paciente no Cuidado Neonatal, com o tema “As boas práticas no manejo e manutenção de cateteres venosos centrais nas unidades neonatais”, tendo como público-alvo os enfermeiros e técnicos em enfermagem das unidades neonatais do referido hospital. Apesar do presente estudo ter sido realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, foram inseridos na capacitação a equipe de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo), já que faz parte da linha de cuidado neonatal e para onde são transferidos grande parte dos recém-nascidos após a alta da

terapia intensiva.

A apresentação foi por meio de slides, que continham tópicos e explicações sucintas dos assuntos que necessitavam ser abordados, como a terapia intravenosa, os tipos de acessos venosos centrais e suas especificidades, as complicações decorrentes do uso de cateteres venosos centrais, a apresentação das escalas de flebite e infiltração, a apresentação dos impressos com as respectivas alterações e adaptações e a apresentação dos protocolos elaborados. Durante toda a apresentação, imagens ilustrativas e imagens obtidas nas unidades neonatais do próprio hospital foram mostradas para ajudar no entendimento do assunto, bem como para promover uma maior sensibilização à temática abordada, especialmente no que diz respeito às complicações decorrentes do monitoramento inadequado dos cateteres pela equipe de enfermagem. Os participantes foram deixados à vontade para fazer perguntas e expor suas dúvidas e opiniões, de forma que o resultado da capacitação fosse o mais positivo possível para promover uma mudança efetiva da realidade existente.

Figura 2 - Representação esquemática da trajetória percorrida na utilização do Arco de Maguerez



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia da problematização, através da aplicação do Arco de Maguerez e suas respectivas etapas, demonstrou ser um instrumento importante para o desenvolvimento de habilidades reflexivas, bem como um potencial instrumento para a realização de trabalhos científicos, que elegem um problema inquietante da sua realidade como base para o estudo e dele é capaz de desenvolver estratégias com vistas a modificar e melhorar essa realidade.

Realizar uma análise do processo de cateterização venosa central em recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitou rever a prática assistencial, a fim de propiciar mudanças e aprimorar a assistência neonatal em relação a terapia intravenosa e o manejo e manutenção dos cateteres venosos centrais, garantindo dessa forma a qualidade e a segurança do cuidado de enfermagem prestado aos pacientes.

A elaboração e implantação dos protocolos para cateteres venosos centrais, o monitoramento criterioso dos dispositivos, com o preenchimento adequado dos impressos específicos e a capacitação da equipe de enfermagem constituíram passos fundamentais para a melhoria da assistência relacionada ao manejo e manutenção dos cateteres venosos centrais na unidade neonatal.

Como limitação do estudo, pode-se considerar que a oficina não contemplou todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, uma vez que alguns encontravam-se de plantão no período do treinamento e outros faltaram sem apresentar justificativa. Apesar de não contemplar 100% da equipe, como pretendido, percebeu-se que a capacitação vem mostrando indícios de melhoria na assistência de enfermagem relacionada aos cuidados com os cateteres venosos centrais, uma vez que já foi possível observar uma mudança positiva na postura dos profissionais relacionada ao manejo e manutenção dos dispositivos, um melhor monitoramento dos cateteres e do preenchimento dos impressos, levando a uma redução gradativa das complicações ou mesmo uma sinalização mais precoce das mesmas. Isso reflete diretamente na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada aos recém-nascidos internados, bem como minimiza a ocorrência de complicações e prejuízos decorrentes de uma assistência inadequada.

REFERÊNCIAS

1. Pinto MMM, Nascimento VD, *et al.* O enfermeiro no cuidar ao neonato em uso de PICC: revisão integrativa. *Revista Tendências de Enfermagem Profissional- RETEP.* 2017; 9(3): 2269-2275.
2. Gomes AVO, Nascimento MAL. O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. *Revista Escola de Enfermagem da USP.* 2013; 47(4):794- 800.
3. Rodrigues EC, Cunha SR, Gomes R. “Perdeu a veia”- significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciências & Saúde Coletiva.* 2012; 17(4): 989-999.
4. Bomfim JMS, Passos LS *et al.* Desafios na manutenção do cateter central de inserção periférica em neonatos. *Cuid Enfermagem.* 2019; 13(2):174-179.
5. Bretas TCS, Fagundes MFS *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem sobre inserção e manutenção do cateter central de inserção periférica em recém nascidos. *Enfermeria Global.* 2013. 32: 21-29.
6. Oliveira, CR, Neve ET *et al.* Cateter central de inserção periférica em pediatria e neonatologia: possibilidades de sistematização em hospital universitário. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,* 2014; 18(3).
7. Johann DA, Delazzari LSM, *et al.* Cuidados com cateter central de inserção periférica no neonato: revisão integrativa da literatura. *Revista Escola de Enfermagem da USP.* São Paulo, 2012; 46(6):1503-11.

8. Procianoy RS, Leone CR. Programa de atualização em Neonatologia (PRORN). Organizado pela sociedade Brasileira de Pediatria. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2004.
9. Secco IL, Pereira HP *et al.* Recursos tecnológicos em neonatologia: evidências sobre a técnica de Seldinger no cateterismo venoso central. REME- Revista Mineira Enfermagem.2021; 25:e-1412.
10. Ferreira CP, Querido DL *et al.* A utilização de cateteres venosos centrais de inserção periférica na Unidade Intensiva Neonatal. Ver. Eletr. Enfermagem, 2020; 22: 56923, 1-8.
11. Dórea E, Castro TE, *et al.* Práticas de manejo do Cateter Central de Inserção Periférica em uma unidade neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn. Brasília, 2011; 64(6): 997-1002.
12. Oliveira FT, Stipp MAC, *et al.* Comportamento da equipe multiprofissional frente ao Bundle do Cateter Venoso Central na Terapia Intensiva. Escola Ana Nery. 2016; 20(1)
13. Portal de boas práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais questões sobre Inserção e Manuseio de Cateteres em Unidade Neonatal. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz>
14. Prado ML, Velho, MB, *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc. Anna Nery. 2012; 16(1): 172-177.
15. Colombo AA, Berbel NAN. Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas. Londrina, 2007; v.28, n.2, p. 121-146.
16. Lui AML, Zilly A, França AFO, *et al.* Cuidados e limitações no manejo do cateter central de inserção periférica em neonatologia. Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018; 8: e1918.
17. Belo MPM, Silva RAMC, *et al.* Conhecimento de enfermeiros de Neonatologia acerca do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica. Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn. Brasília, 2012; 65(1): 42-8.
18. Danski MTR, Mingorance P, *et al.* Incidências de complicações locais e fatores de risco associados ao cateter intravenoso periférico em neonatos. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2016; 50(1): 22-28.
19. Mittang BT, Stiegler G, Kroll C, Schultz LF. Cateter Central de Inserção Periférica em recém-nascidos: fatores de retirada. Revista Baiana de Enfermagem. 2020; 34:e38387.
20. Silveira TVL, Madeira LM, Rigo FL *et al.* Complicações decorrentes do uso do cateter central de inserção periférica (PICC) em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Brazilian Journal of Development. Curitiba, 2021; v.7, n.10, p. 95180-95191.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

O Arco de Maguerez como ferramenta para a promoção de práticas seguras no preparo e administração de medicamentos em neonatologia

Viviane de Sá Coelho Silva

Enfermeira Neonatologista. Mestra em Enfermagem. Hospital Estadual Dirceu Arcoverde- HEDA. Parnaíba, Piauí, Brasil.

Nilza Bezerra Pinheiro da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de planejamento e execução de ações de promoção de práticas seguras no preparo e administração de medicamentos em neonatologia, utilizando o Arco de Charles Maguerez como estratégia de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da metodologia da problematização. **Método:** trata-se de um relato de experiência, realizado no período de janeiro a setembro de 2022, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital público estadual localizado na cidade de Parnaíba, Piauí, seguindo as 5 etapas do Arco de Maguerez: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. **Resultados:** foram observadas inadequações na etapa de preparo e administração de medicamentos, como ausência de assistência farmacêutica, dificuldade de comunicação entre a equipe multiprofissional sobre aspectos relacionados à terapia medicamentosa, desorganização no ambiente de preparo de medicamentos, controle deficiente do tempo de estabilidade das drogas, dúvidas em relação à apresentação e diluição de medicamentos e falhas de checagem da medicação administrada no prontuário. **Considerações finais:** o presente trabalho possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências em enfermeiros e técnicos em enfermagem das unidades neonatais, ao tempo em que se observou a transformação da realidade estudada. Por outro lado, possibilitou o repensar sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem das unidades neonatais, a partir de um olhar mais crítico e transformador.

Palavras-chave: segurança do paciente. preparações farmacêuticas. neonatologia.

ABSTRACT

Objective: to report the experience of planning and execution of training workshops with the theme “Safety in the Preparation and Administration of Medicines in Neonatology”, using the Arch of Charles Maguerez as a teaching-learning strategy for the development of the problematization

O Arco de Maguerez como ferramenta pedagógica para a qualificação do Cuidado Neonatal

DOI: 10.47573/aya.5379.2.208.4



methodology. Method: this is an experience report, carried out from January to September 2022, in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of a state public hospital located in the city of Parnaíba, Piauí, by a student of the specialization course in Neonatal Nursing, following the 5 stages of the Arch of Maguerez: observation of reality, key points, theorization, solution hypotheses and application to reality. Results: failures were observed in the drug preparation and administration stage, such as lack of pharmaceutical assistance, difficulty in communication between the multidisciplinary team on aspects related to drug therapy, disorganization in the drug preparation environment, poor control of drug stability time, doubts regarding the presentation and dilution of medications and lack of checking the medication administered in the medical record. Final considerations: the present work enabled the development of skills and competences in nurses and nursing technicians in neonatal units at the time when the transformation of the studied reality was observed. On the other hand, the experience lived by the researcher made it possible to rethink her own practice from a more critical and transformative perspective.

Keywords: patient safety. pharmaceutical preparations. neonatology.

INTRODUÇÃO

Em novembro de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa de Segurança do Paciente com o objetivo de coordenar, disseminar e acelerar as melhorias relativas à segurança do paciente, estabelecendo um conjunto de protocolos básicos, dentre eles: prática de higiene das mãos nos serviços de saúde, cirurgia segura, identificação do paciente, prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013⁽¹⁾.

O PNSP constitui um marco para a segurança do paciente e seu objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde, mitigando o potencial dessas ocorrências de causar danos aos pacientes e prejuízos associados aos cuidados à saúde, decorrentes de processos ou estruturas da assistência. O programa tem como uma das suas 6 metas a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, com destaque para os denominados de alta vigilância, considerados aqueles medicamentos que tem maior potencial de causar danos aos pacientes⁽²⁾.

A segurança na administração de medicamentos nos serviços de saúde é responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos no conjunto de ações que envolvem todo o ciclo do medicamento e suas diferentes etapas, desde a seleção até a administração do medicamento⁽³⁾.

Todavia, a administração de medicamentos é uma das funções assistenciais fundamentais exercidas pela equipe de enfermagem, em geral, decorrente da execução da prescrição médica, sendo realizada na maioria das instituições de saúde brasileiras por auxiliares e técnicos em enfermagem sob a supervisão do enfermeiro⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a atuação da enfermagem na última fase de um processo composto por várias etapas, faz com que muitos erros cometidos nos processos anteriores e não detectados no início ou no meio do sistema lhe sejam atribuídos. Portanto, é necessária

a aplicação de vários princípios científicos associados à existência de um sistema de medicação seguro, com processos desenvolvidos para dificultar as oportunidades de erros, auxiliando o profissional a não errar⁽⁵⁾.

Muitos erros podem ocorrer ainda no início do ciclo do medicamento, no entanto, estes podem ser identificados por uma equipe de enfermagem capacitada e vigilante antes da administração do medicamento no paciente. Cabe ressaltar, que esses erros podem envolver desde erros na prescrição médica, passando por omissões na administração de medicamentos, até erros de dose, horário e técnica de administração, dentre outros.

O preparo e a administração de medicamentos estão associados a um índice elevado de eventos adversos, sendo estes responsáveis por uma série de consequências e prejuízos relacionados à assistência em saúde do paciente, como o aumento de tempo de internação hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas, sequelas permanentes e consequências irreversíveis como a morte⁽⁶⁾.

No cenário da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a complexidade dos cuidados parece exigir maior preparo por parte da equipe de enfermagem, uma vez que se trata de uma clientela com características específicas, composta por recém-nascidos em estado crítico, grande parte deles prematuros de muito baixo-peso, cuja a atividade de preparo e administração de medicamentos encontra-se permeada de muitas especificidades. Além disso, essa população é submetida diariamente a um número elevado de manipulações e procedimentos, muitos deles invasivos.

Dessa forma, a terapia medicamentosa é um desafio para os profissionais de enfermagem que atuam na UTIN, tendo em vista a fragilidade e a vulnerabilidade do recém-nascido e dos fármacos utilizados⁽⁷⁾. Soma-se a isso, o estresse proporcionado pelo ambiente e situações de sobrecarga de trabalho experimentados por uma parcela desses profissionais, o que aumenta as chances de ocorrência de erros e, conseqüentemente, de danos relacionados à assistência prestada, em especial, aqueles relacionados à terapêutica medicamentosa.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem da UTIN assume papel de destaque no reconhecimento e na redução dos riscos aos quais os recém-nascidos estão expostos no momento do preparo e administração de medicamentos, uma vez que essas atividades possuem posição de destaque no cuidado assistencial prestado diretamente ao recém-nascido. Desse modo, para uma administração segura de medicamentos o profissional de enfermagem deve se cercar de todos os cuidados necessários para a prevenção de erros e estar consciente do preparo técnico que essa ação necessita, bem como das reponsabilidades ética, moral e jurídica envolvidas.

O conhecimento acerca da natureza das drogas e dos riscos associados à sua administração subsidia o profissional da enfermagem a executar as prescrições terapêuticas com segurança. O desenvolvimento dessas competências está relacionado à necessidade de atualizações teóricas contínuas da prática profissional e as instituições devem garantir estrutura organizacional e de pessoal suficiente e competente para garantir a qualidade na administração das soluções parenterais⁽³⁾.

Por outro lado, o conceito de segurança do paciente ainda é recente em muitas

realidades assistenciais, o que pressupõe a necessidade de disseminação desse tema para toda a equipe multiprofissional, especialmente para os profissionais de enfermagem. Além disso, é importante o investimento em uma cultura organizacional de segurança do paciente, a partir da adoção de uma postura não punitiva na análise dos eventos adversos.

Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de competências que viabilizem um cuidado seguro relacionado ao preparo e administração de medicamentos no âmbito da equipe de enfermagem da UTIN, o que pode ser operacionalizado por meio de ações educativas que promovam espaços de reflexão e discussão coletiva, levando à produção de um conhecimento que seja capaz de transformar a realidade.

Este estudo objetivou relatar a experiência de planejamento e execução de ações de promoção de práticas seguras no preparo e administração de medicamentos em neonatologia, utilizando o Arco de Charles Maguerez como estratégia de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da metodologia da problematização.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de uma discente do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal sobre o planejamento e execução de ações de promoção de práticas seguras no preparo e administração de medicamentos em neonatologia.

O estudo foi realizado no período de janeiro a setembro de 2022, na UTIN de um hospital público estadual, localizado na cidade de Parnaíba, no norte do estado do Piauí, em uma região de saúde denominada Planície Litorânea, que também presta assistência a recém-nascidos vindos de municípios circunvizinhos dos estados do Ceará e Maranhão.

Por se tratar de um hospital de referência para urgência e emergência, recebe uma grande demanda de pacientes, sendo porta aberta para esse tipo de atendimento. A instituição possui uma maternidade que é referência para o atendimento de gestantes de alto risco, dispendo de assistência obstétrica disponível 24 horas. O Serviço de Neonatologia é composto por 3 tipos de unidades neonatais, devidamente habilitadas, possuindo 10 leitos de UTIN, 10 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 05 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), totalizando 25 leitos neonatais disponíveis para internação.

Para a abordagem da temática foram realizadas duas oficinas, nos dias 17 e 19 de agosto de 2022, no auditório da própria instituição de saúde, no turno da tarde. Nesses dias, os membros da equipe de enfermagem das unidades neonatais foram divididos em duas turmas de maneira que todos os profissionais tivessem a oportunidade de participar da atividade educativa.

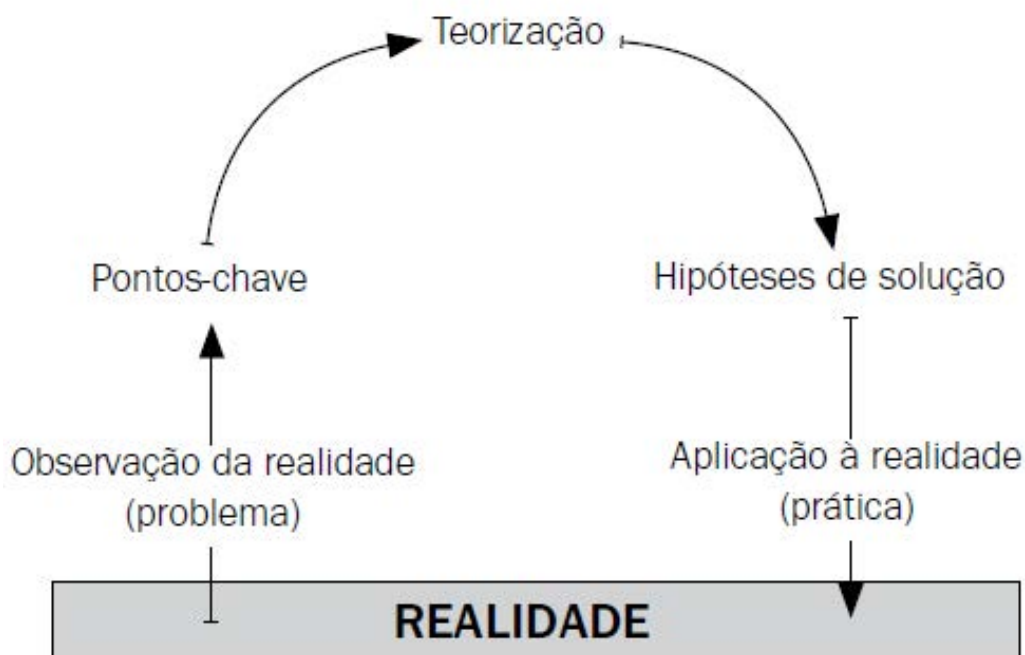
Apesar de inicialmente a oficina ter sido planejada com base na observação da realidade do cenário da UTIN, optou-se por também inserir a equipe de enfermagem da UCINCo, com vistas a garantir uma assistência de qualidade em diferentes pontos na linha de cuidado neonatal dentro do hospital. Em relação à composição quantitativa das equipes, o total de profissionais a serem capacitados por unidade neonatal foi o seguinte: UTIN – 7 enfermeiros e 32 técnicos em enfermagem e UCINCo – 7 enfermeiros e 15 técnicos

em enfermagem, totalizando 61 profissionais. Desse total, 5 profissionais encontravam-se afastados por motivo de férias, licença maternidade e licença sem vencimento.

Dessa forma, participaram das oficinas 12 enfermeiros e 31 técnicos em enfermagem da UTIN e da UCINCo, perfazendo um total de 43 profissionais capacitados. Na ocasião, a equipe de enfermagem da UCINCa não foi contemplada com a capacitação, devido esta unidade encontrar-se temporariamente desativada.

Para a realização deste estudo, foi utilizada a metodologia da problematização por meio do desenvolvimento das diferentes etapas do Arco de Maguerez.

Figura 1 – Representação do Arco de Maguerez(8).



Segundo Villarni, Cyrino e Berbel(9), o caminho didático da problematização é composto por cinco etapas, que partem de um recorte da realidade e para ela retornam com o intuito de transformá-la, conforme a seguir:

Etapa 1 – Observação da realidade: é a observação atenta e registro de como se percebe a realidade. Deve-se identificar dificuldades, falhas, contradições e conflitos que podem representar problemas.

Etapa 2 – Determinação dos pontos-chave: definição do aspecto do problema que será objeto de estudo, seus fatores associados e determinantes. São eleitos os fatores considerados essenciais para a compreensão e resolução do problema.

Etapa 3 – Teorização: etapa investigativa de busca de informações acerca do problema, utilizando diferentes estratégias e fontes de informação, que servirão de base para a transformação da realidade.

Etapa 4 – Hipóteses de solução: etapa em que os potenciais criativo e reflexivo são mobilizados para um pensar inovador. Deve ser norteadada pela percepção do problema e pela concepção teórica alcançada, fornecendo subsídios para a elaboração das alternativas

de solução.

Etapa 5 – Aplicação à realidade: nessa etapa devem ser analisadas e escolhidas as propostas mais viáveis para a resolução do problema, que serão postas em prática para solucioná-lo no todo ou em parte e irão contribuir para a transformação da realidade investigada. É o momento de planejamento e execução.

Desse modo, o método do arco permite exercitar ações concretas por meio da metodologia da problematização, através da aproximação da teoria com a prática, contribuindo para a identificação dos problemas que permeiam diferentes contextos e suas possíveis soluções, a partir da observação da realidade(10). Seguindo criteriosamente todas as suas etapas, é possível a construção do conhecimento por meio da participação ativa do sujeito durante todo o processo(11).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desse modo, apresenta-se logo abaixo, a trajetória da aplicação das cinco etapas do Arco de Maguerez realizadas com os profissionais da equipe de enfermagem das unidades neonatais envolvidas, conforme descrição a seguir:

Etapa 1 – Observação da Realidade

Para dar início à primeira etapa do Arco de Maguerez foi realizada a observação da realidade. O cenário observado foi a UTIN, cuja população atendida é composta de recém-nascidos, em sua maior parte, nascidos na própria instituição, estando entre os principais motivos de internação prematuridade, anoxia perinatal, síndrome do desconforto respiratório e más-formações congênitas.

Nessa etapa, foi iniciado o processo de exploração da unidade, através do acompanhamento mais próximo das práticas relacionadas à implementação da terapia medicamentosa, por meio da análise de aspectos ligados à organização e interação da equipe multiprofissional no desempenho de suas diferentes funções dentro do ciclo do medicamento.

A partir da observação do processo de trabalho da equipe de enfermagem, da conversa com membros da equipe e da avaliação das anotações de enfermagem no prontuário, foi possível identificar a ocorrência de algumas inadequações relacionadas ao preparo e administração de medicamentos, com destaque para algumas fragilidades, como: ausência de assistência farmacêutica à beira do leito, comunicação deficiente entre a equipe multiprofissional sobre aspectos relacionados à terapia medicamentosa, desorganização no ambiente de preparo de medicamentos, controle deficiente do tempo de estabilidade das drogas, ocorrência frequente de dúvidas em relação à apresentação e diluição de medicamentos, ausência de checagem da medicação administrada no prontuário em determinados horários, principalmente naqueles próximos ao término dos plantões.

Também foram comuns a ocorrência de falhas como a permanência de agulhas em frascos de soluções utilizadas para diluição, não realização de desinfecção de frascos-ampolas, ampolas e dispositivos intravenosos antes de acessá-los, manutenção

de frascos de medicamentos abertos sobre a bancada, não utilização dos “noves certos” na administração de medicamentos e inexistência de dupla checagem de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância como práticas de verificação sistemática no momento do preparo e administração de medicamentos. Além disso, outro ponto constatado, foi a ausência de protocolo de preparo e administração de medicamentos no setor. Sabe-se que esses fatores podem estar relacionados ao aumento de erros no preparo e administração de medicamentos, levando a prejuízos para o tratamento e recuperação dos recém-nascidos internados e à ocorrência de iatrogenias. Este cenário é preocupante, uma vez que poderá contribuir para a piora do quadro clínico dos pacientes, necessidade de novas intervenções diagnósticas e terapêuticas, aumento do uso de recursos materiais e humanos e, conseqüentemente, do tempo de internação, o que diminui a rotatividade dos leitos e torna a assistência mais cara. Além disso, poderá resultar na ocorrência de incapacidades permanentes e até mesmo na morte do paciente.

Etapa 2 - Pontos Chave

Diante do recorte apresentado, a partir do cenário observado, foram levantados os seguintes fatores associados: conhecimento deficiente dos profissionais de enfermagem acerca de aspectos da farmacologia e farmacodinâmica dos medicamentos, falhas no processo de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e ausência de práticas seguras de preparo e administração de medicamentos por parte de alguns membros da equipe de enfermagem.

Considerando as observações realizadas, foram identificados como fatores determinantes para o problema: necessidade de um programa de educação permanente, resistência e falta de motivação de alguns profissionais em participar de capacitações, organização ainda incipiente da assistência farmacêutica na instituição, inexistência de um protocolo de segurança no preparo e administração de medicamentos, ausência de farmacovigilância e de uma cultura de segurança do paciente.

Desse modo, foram elencados os seguintes pontos-chaves:

- Quais as recomendações da PNSP em relação à prescrição, uso e administração segura de medicamentos?
- Quais as boas práticas recomendadas para a segurança no preparo e administração de medicamentos em neonatologia?
- Quais os aspectos importantes relacionados à farmacologia e farmacodinâmica dos medicamentos utilizados em neonatologia?
- Quais os aspectos da farmacovigilância relacionados ao uso de medicamentos nas unidades neonatais?

Etapa 3 – Teorização

Trata-se da procura de informações sobre os pontos-chaves com a finalidade de estudá-los. Segundo Berbel⁽⁸⁾, essa busca pode ocorrer em diversos contextos, desde que seguindo a formulação dos pontos-chaves norteando a procura e obtendo as informações

necessárias para serem analisadas quanto à sua contribuição para a possível resolução do problema.

Desse modo, buscou-se diferentes fontes na literatura através da consulta a artigos científicos e documentos oficiais, o que proporcionou um aprofundamento dos saberes acerca do problema, com o objetivo de transformar a realidade.

Sabe-se que, atualmente, vários órgãos e instituições de saúde tem se preocupado com a melhoria do cuidado prestado na assistência à saúde com o objetivo de aprimorar a efetividade das ações realizadas e garantir a oferta de um serviço de qualidade a seus usuários. Assim, podemos observar um movimento mundial que visa melhorar a segurança do paciente, garantindo atendimento de qualidade à população e livre de danos.

No Brasil, o PNSP tem como eixos o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos. Dessa maneira, propõe um conjunto de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde⁽¹²⁾.

A Portaria MS/GM nº 529/2013⁽¹³⁾ estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, devem ser elaborados e implantados, entre eles, a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Entre as estratégias que podem ser utilizadas para reduzir erros no uso de medicamentos nos serviços de saúde pode-se incluir a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento⁽¹⁾.

No que se refere à etapa de preparo e administração seguros de medicamentos são necessários alguns cuidados básicos como possuir conhecimento prévio sobre os medicamentos, disponibilidade de local específico e com condições adequadas para leitura e preparo, possuir habilidade para utilizar seringas de tamanhos e volumes variados e para medir em recipiente graduado a quantidade exata do medicamento prescrito, saber calcular a dose exata prescrita e a unidade de medida, utilizar técnica segura de manuseio de materiais limpos e estéreis, higienizar as mãos antes e depois do preparo dos medicamentos e conferir a prescrição médica⁽¹⁴⁾.

Além disso, recomenda-se seguir os “nove certos” para a administração de medicamentos: medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, paciente certo, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos⁽¹²⁾.

Em relação ao uso de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, a dupla checagem independente é amplamente recomendada, por permitir a identificação de erros antes que o paciente seja atingido, contribuindo para maior segurança no processo de sua utilização⁽¹⁵⁾.

Nesse contexto, uma variedade de tecnologias podem ser utilizadas pela equipe de

enfermagem na prevenção de erros de medicação no público pediátrico como: padronização de medicamentos, uso de prescrições informatizadas, padronização de administração de drogas de alerta máximo, capacitação em farmacologia, disponibilização de fontes acessíveis de informações sobre fármacos para os profissionais envolvidos, rotulagem clara e fácil, dupla checagem, completude dos registros de enfermagem, melhora da comunicação, além da participação do paciente e família em sua terapia⁽¹⁶⁾.

Outro aspecto a ser desenvolvido é a adoção de uma cultura organizacional na qual os trabalhadores envolvidos diretamente no cuidado e gestores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares, priorizando a segurança acima de metas financeiras e operacionais, encorajando e recompensando a identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança do paciente e utilizando a ocorrência de incidentes para promover o aprendizado organizacional. Para tanto, é necessário a criação de um ambiente favorável às mudanças⁽¹²⁾.

Etapa 4 – Hipóteses de Solução

Diante das leituras e reflexões realizadas com base na realidade analisada, elaborou-se as seguintes hipóteses de solução para melhorar a segurança no preparo e administração de medicamentos nas unidades neonatais:

1. Construção de um folder educativo contendo informações explicativas sobre os “9 certos” para a administração de medicamentos;
2. Sensibilização da equipe de enfermagem das unidades neonatais para a importância dos cuidados relativos à segurança do paciente associados ao preparo e administração de medicamentos, promovendo a cultura da segurança do paciente com foco na identificação de problemas e na busca de soluções para evitar o erro, através do planejamento e execução de uma oficina de capacitação com o uso da problematização;
3. Elaboração do protocolo de segurança no preparo e administração de medicamentos em neonatologia;
4. Implantação dos “9 certos” para a administração segura de medicamentos e da dupla checagem de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
5. Elaboração e fixação de uma lista padronizada dos medicamentos utilizados nas unidades neonatais, contendo informações relativas às especificidades de cada medicamento como apresentação, concentração, formas farmacêuticas, diluentes, tempo de infusão, estabilidade, interações medicamentosas e reações adversas.

Etapa 5 – Aplicação à Realidade

Nesta etapa, foi realizado o planejamento e a execução das ações através da aplicação das hipóteses de solução propostas na etapa anterior do Arco de Maguerez. Segundo Berbel⁽¹⁷⁾, a aplicação das hipóteses na realidade prática envolve os participantes a desenvolverem um compromisso social com uma atuação cada vez mais informada e consciente.

A partir da confecção do plano de ação, a estratégia metodológica escolhida para a sensibilização da equipe de enfermagem das unidades neonatais foi a realização de oficinas de capacitação com o uso de metodologias ativas.

As oficinas tiveram início com uma apresentação oral sobre o tema “Segurança no Preparo e Administração de Medicamentos em Neonatologia” para os enfermeiros e os técnicos em enfermagem, estimulando a participação ativa desses profissionais e a problematização da realidade. Procurou-se trabalhar com a reflexão e o diálogo, fundamentado no referencial teórico utilizado na pesquisa, utilizando questões disparadoras e um folder educativo, que foi construído contendo os “9 certos para a administração de medicamentos”.

Para a implantação dos “9 certos” na administração de medicamentos e da dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, foi elaborado o Protocolo de “Segurança no Preparo e Administração de Medicamentos” como estratégia para subsidiar a implementação dessas duas práticas. Inicialmente, o protocolo foi validado junto ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e, em seguida, apresentado aos profissionais de enfermagem durante as oficinas. Após a atividade, o documento foi disponibilizado no setor para consulta por parte da equipe.

Para subsidiar uma prática mais segura no preparo e administração de medicamentos no que se refere aos aspectos importantes relacionados à farmacologia e farmacodinâmica dos medicamentos utilizados em neonatologia foi elaborada uma lista padronizada dos medicamentos mais utilizados nas unidades neonatais, com informações relativas às especificidades de cada medicamento, que poderá ser consultada em caso de insegurança ou dúvidas no uso dos mesmos.

Esta lista também foi apresentada à equipe de enfermagem durante as oficinas e ficará afixada no mural das unidades neonatais para consulta, proporcionando acesso fácil e rápido, quando necessário.

Por fim, foi realizada uma pactuação entre os profissionais participantes das oficinas em relação à incorporação ao processo de trabalho das equipes de alguns itens relacionados às boas práticas no preparo e administração de medicamentos, que posteriormente serão avaliados quanto à sua execução, sendo eles: conferência das vazões das soluções de uso contínuo na entrada do plantão, desinfecção de todos os dispositivos venosos antes da administração de medicamentos ou antes de acessá-los com a utilização da técnica “scrub the hub”, adesão ao protocolo dos “9 certos” para a administração de medicamentos e realização da dupla checagem para medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

Considerando que nem todos os profissionais que fazem parte da equipe de enfermagem das unidades neonatais participaram das oficinas, como estratégia para ampliar o impacto das mesmas e aumentar a adesão às boas práticas no preparo e administração de medicamentos, foram realizadas posteriormente, rodas de conversas nos setores, reforçando os cuidados e os protocolos trabalhados durante as atividades educativas e contemplando, desse modo, os profissionais faltosos.

Completo-se, assim, o Arco de Maguerez, tendo como ponto de chegada o retorno à mesma realidade. Dessa forma, a partir da problematização da realidade e repletos de novos conhecimentos, os profissionais foram estimulados a uma prática consciente, informada e capaz de transformar a realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que o Arco de Maguerez através da metodologia da problematização, quando aplicado à prática em saúde mostrou-se como um método promissor para utilização na Enfermagem, tendo em vista sua proposta que tem ponto de partida a problematização da realidade, da qual o indivíduo se aproxima com o objetivo final de transformá-la.

A utilização do Arco de Maguerez oportunizou a observação da realidade de maneira crítica e reflexiva, encontrando as soluções para a resolução dos problemas identificados por meio da aquisição de novos conhecimentos. Através desse método, foi possível aprender e modificar a realidade de forma coletiva, transformando os participantes em sujeitos ativos e comprometidos num exercício de ação – reflexão – ação.

O uso da problematização, como metodologia de ensino-aprendizagem, foi útil na identificação dos problemas relacionados ao preparo e administração de medicamentos na UTIN, na proposição de soluções e na transformação da realidade encontrada, qualificando a assistência de enfermagem ofertada aos recém-nascidos internados nas unidades neonatais.

Desse modo, o presente trabalho possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências na equipe de enfermagem das unidades neonatais, ao tempo em que se observou a transformação da realidade estudada, através das mudanças percebidas no conhecimento e no processo de trabalho das equipes, a partir de um olhar mais crítico e transformador, resultando numa assistência mais qualificada e segura relacionada ao preparo e administração de medicamentos.

Assim, espera-se contribuir para reflexões acerca da segurança do paciente no cuidado neonatal, com destaque para o preparo e administração de medicamentos, bem como estimular a realização de novos estudos nesse campo temático com vistas ao desenvolvimento da cultura de segurança do paciente na assistência neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática agência nacional de vigilância sanitária. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em

neonatologia. Montevideu: Organização Pan-Americana da Saúde; 2016.

4. Coimbra JAH, Cassiani SHDB. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Rev. lat.- am. enferm.* [Internet]. 1 de abril de 2001 [citado 17 de setembro de 2022];9(2):56-60. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1552>
5. Miasso, AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva, AEBC, Fakh FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2006 [Acessado 18 Setembro 2022]; 40 (4): 524-532.
6. Gonçalves, GTatiana, Urbanetto, JSouza, Lore Schilling, MC, Frantz, SF, Corbellini, VL. Eventos adversos a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2011; 64(2):241-247. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019461004>
7. Gaíva MAM, Rondon JN, Jesus LN. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2017; 17(1):14-20.
8. Berbel, NAN. A Problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface — Comunicação, Saúde, Educação.* 1998; 2(2).
9. Villardi, ML, Cyrino, EG, Berbel, NAN. Mudança de paradigma no ensino superior em saúde e as metodologias problematizadoras. In: *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos* [online]. São Paulo: Editora UNESP; 2015 [citado 17 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://books.scielo.org/>
10. Ruiz da Silva LA, Junior OP, da Costa PR, Renovato RD, Sales C de M. O arco de maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde [Internet]. 2020 [citado 17 de setembro de 2022]; 8(3):41-54. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/educacao/article/view/5274>
11. Berbel, N.A.N. (2012). *A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica* Londrina: EDUEL; 2012.
12. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
13. Brasil. Portaria n.529, de 1 de abril de 2013. Institui O Programa Nacional de Segurança Do Paciente (PNSP). 2013.
14. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. *Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento.* São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; 2017.
15. Instituto de Práticas Seguras no uso de Medicamentos. *Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar-lista atualizada 2019.* Boletim ISMP Brasil. 2019[citado em 17 de setembro de 2022];8:1–7. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ism- fevereiro-2019.pdf>

16. Jordão MM, Silva MF, Santos SV, Salum NC, Barbosa SFF. Tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de erros de medicação em pediatria. *Enfermagem em Foco* 2012; 3(3):147-150.

Organizadoras

Islandia Maria Rodrigues Silva

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí (2004). Especialista em Saúde da Família pela UFPI (2006), UTI pela Novafapi (2010), Obstetrícia pela Faculdade de Tecnologia Evolução-CE (2017), Enfermagem em Neonatologia pelo IFF/ Fiocruz (2022), Especializanda em Preceptoría pela Faculdade Moinhos de Vento (em andamento). Mestra em Epidemiologia em Saúde Pública pela ENSP/ Fiocruz (2016). Atualmente é enfermeira plantonista das Unidades Neonatais (UTIN e UCINCo) do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde-HEDA, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família-ESF, Adalto Parentes Sampaio, Módulo 41, em Parnaíba-PI. Além disso, atua desde 2018 como Preceptora de Enfermagem e apoiadora de prática da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Áreas de interesse: Saúde Pública, Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde Materno-Infantil, Preceptoría em Saúde, Educação-Ensino-Serviço.

Geovania Vieira de Brito

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Mestrado Profissional em Saúde da Família-RENASF/FIOCRUZ pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialização em Saúde Pública: Saúde da Família pela Universidade Federal do Maranhão. Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela Escola Nacional de Saúde Pública. Especialização em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS pelo Sírio Libanês Ensino e Pesquisa. Especialização em Enfermagem Neonatal pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/ FIOCRUZ. Enfermeira Plantonista da UTI Neonatal do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde em Parnaíba-PI. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família/ Módulo 22 no Município de Parnaíba-PI.

Juliana Coimbra Gonçalves Coelho de Rezende

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí (2002). Pós-Graduação em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem pela Fundação Osvaldo Cruz (2006) e em Saúde Pública pelo Instituto Superior de Educação e Cultura Ulysses Boyd (2005). Pós-graduanda em Enfermagem Neonatal pelo Instituto Fernandes Figueira-IFF/Fundação Osvaldo Cruz-Fiocruz. Atualmente é enfermeira diarista da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, em Parnaíba-PI.

Viviane de Sá Coelho Silva

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) e especialista em Formação Pedagógica na Área da Saúde: Enfermagem pel Fiocruz. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Atualmente é enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), enfermeira assistencial e Coordenadora Técnica de Assistência da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal - UCINCo do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) em parnaíba - PI. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde Pública, Saúde da Família e Neonatologia.

Índice Remissivo

A

ações 11, 18, 19, 20, 21, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 41, 47, 53, 54, 56, 58, 60, 61
acolhimento 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 22
administração 7, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64
Arco de Magueréz 2, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 43, 48, 50, 52, 53, 57, 58, 61, 63, 64
assistência 10, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 63, 64
atenção perinatal 11
atendimento 26, 35, 41, 42, 56, 60

C

cateteres 6, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52
cateterismo 38, 39, 45, 46, 51, 52
competências 10, 11, 18, 19, 21, 31, 34, 53, 55, 56, 63
conhecimento 24, 27, 29, 31, 34, 55, 56, 58, 59, 60, 63
cuidado 6, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 36, 39, 40, 41, 45, 47, 49, 50, 55, 56, 60, 61, 63
cuidado neonatal 6, 24, 26, 28, 31, 33, 34, 49, 56, 63
cuidado pautado 24, 33
cuidados 25, 26, 29, 30, 32, 34, 35, 39, 41, 42, 45, 47, 51, 54, 55, 60, 61, 62
cultura 24, 25, 26, 29, 30, 33, 34, 56, 59, 60, 61, 63

E

enfermagem 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65
equipe 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64

F

família 6, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 29, 61
familiar 11, 17, 31, 66

H

habilidades 10, 16, 19, 21, 50, 53, 63
higiene 54
hospital 10, 12, 24, 25, 26, 27, 31, 35, 38, 39, 41, 42, 44,
47, 49, 50, 51, 53, 54, 56
hospitalar 24, 25, 26, 27, 30, 34, 55, 64
humanização 10, 11, 12, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27,
42
HumanizaNeo 10, 12, 19, 20, 21

I

implantação 10, 11, 12, 19, 20, 21, 32, 38, 41, 44, 48,
51, 62
instituição 5, 24, 26, 27, 31, 33, 34, 42, 56, 58, 59
internação 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 41, 42, 44, 45, 47,
49, 55, 56, 58, 59
intravenosa 38, 39, 40, 45, 50, 51

M

mãe-filho 10, 11
manipulação 39, 45, 47
medicamentos 7, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63,
64
mulher 12, 17, 19
multiprofissional 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,
21, 29, 33, 52, 53, 56, 58, 59

N

neonatal 6, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35,
36, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 56,
63, 64

neonato 24, 29, 31, 39, 40, 46, 51
neonatologia 7, 10, 19, 39, 40, 45, 46, 51, 52, 53, 56,
59, 61, 62, 64

P

paciente 6, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 39, 45,
47, 49, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 63, 64
pacientes 25, 26, 29, 39, 42, 45, 47, 50, 54, 56, 59, 61
parenteral 39, 40, 45, 46
parto 12, 14, 15, 17, 19, 20, 23, 42
pessoas 25
práticas 6, 7, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 38, 39, 40, 41, 44,
47, 48, 49, 52, 53, 56, 58, 59, 60, 62
prevenção 39, 47, 54, 55, 61, 65
profissionais 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 40,
44, 45, 46, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62,
63
projeto 6, 10, 12, 19, 20, 21
protocolos 10, 21, 29, 30, 32, 33, 38, 41, 44, 48, 49, 50,
51, 54, 60, 62

Q

qualidade 26, 30, 31, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 47, 48, 50,
51, 55, 56, 60, 64

R

realidade 24, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 38, 41, 43, 48,
49, 50, 53, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63
recém-nascido 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 27, 33,
35, 38, 40, 42, 46, 55
relações 10, 11, 17

S

saúde 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 42,
45, 46, 47, 52, 54, 55, 56, 60, 63, 64
segurança 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 45, 47,

50, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 63
serviços 54, 60

T

terapia 6, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53,
55, 58, 61, 64

trabalho 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 41, 53, 55,
58, 62, 63

tratamento 39, 40, 41, 44, 59

U

úlceras 54

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal 10, 12, 27,
38, 40, 41, 43, 44, 46, 48, 49, 50, 51, 53, 55

V

venoso 38, 39, 40, 45, 46, 51, 52

