



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA**

**A ADESÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA UTI
NEONATAL FRENTE AO PROTOCOLO DE MÍNIMO MANUSEIO**

BÁRBARA ABRÃO DE LIMA

Orientadora: Me. Talita Nunes dos Santos

Coorientadora: Dra. Danielle Bonotto Cabral Reis

Rio de Janeiro

Janeiro de 2024



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA**

**A ADESÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA UTI
NEONATAL FRENTE AO PROTOCOLO DE MÍNIMO MANUSEIO**

BÁRBARA ABRÃO DE LIMA

Projeto de Pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado como pré-requisito para obtenção do título de especialista em enfermagem neonatal, do Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu*, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Me. Talita Nunes dos Santos

Coorientadora: Dra. Danielle Bonotto Cabral Reis

Rio de Janeiro

Janeiro de 2024

CIP - Catalogação na Publicação

Lima, Bárbara Abrão de .

A adesão da equipe multiprofissional de uma UTI Neonatal frente ao Protocolo de Mínimo Manuseio / Bárbara Abrão de Lima. - Rio de Janeiro, 2024.

51 f.

Tese (Residência em Enfermagem Neonatal) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2024.

Orientadora: Talita Nunes dos Santos.

Co-orientadora: Danielle Bonotto Cabral Reis.

Bibliografia: Inclui Bibliografias.

1. Recém-Nascidos Prematuro. 2. Equipe Multiprofissional. 3. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 4. Cuidados Críticos. I. Título.

SIGLAS E ABREVIATURAS

IG – Idade gestacional

IGC – Idade gestacional corrigida

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMM – Protocolo de Mínimo Manuseio

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

SNC – Sistema nervoso central

UCINCA – Unidade de Cuidados Intermediários Canguru

UCINCO – Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais ao Recém-Nascido

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Tempo de observação em cada dia de coleta de dados.....	23
Quadro 02: Manipulações observadas em cada recém-nascido e intervalos.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Caracterização do RNs observados durante coleta de dados.....	24
Tabela 02: Resposta dos profissionais em relação ao protocolo de mínimo manuseio...	28

Resumo

Introdução: Frequentemente, os riscos de adoecimento do recém-nascido se tornam maiores devido ao incompleto desenvolvimento fetal e maior suscetibilidade às infecções, necessitando de hospitalização. Por conta disso, o recém-nascido se depara com muitos procedimentos invasivos e dolorosos já nas primeiras horas de vida, então a equipe multiprofissional empenha-se para evitar contaminações, enfermidades e outros problemas. A manipulação excessiva e os procedimentos dolorosos podem acarretar dificuldade no desenvolvimento sensorial, neurológico e motor. Diante disso, para atingir uma assistência mais humanizada é fundamental que determinadas posturas terapêuticas sejam adotadas; dentre elas destaca-se o Protocolo de mínimo manuseio que começou a ser implantado nas unidades neonatais com o propósito de reduzir o número a manipulação do recém-nascido prematuro extremo. **Objetivos:** Verificar a adesão da equipe multiprofissional frente ao Protocolo de mínimo manuseio da unidade neonatal de um hospital público no município do Rio de Janeiro; identificar a rotina de cuidados voltada para os pacientes inseridos no protocolo do mínimo manuseio da unidade neonatal; descrever os fatores que favorecem ou não a efetiva adesão do protocolo de mínimo manuseio pela equipe multiprofissional da UTIN. **Metodologia:** Estudo observacional, com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A coleta de dados para este estudo foi realizada em dois momentos diferentes. Primeiro foi observada a rotina de cuidados empregada aos recém-nascidos internados na unidade neonatal e que se enquadram nos critérios do protocolo de mínimo manuseio. Após o período de observação, foi aplicado um questionário aos profissionais de saúde que prestam assistência direta aos recém-nascidos. **Resultados:** Todos os entrevistados possuem algum nível de conhecimento sobre o PMM. A maioria dos entrevistados considera o protocolo importante para o RN devido a sua condição clínica e a comunicação foi considerada o principal fator que interfere na aplicabilidade do protocolo. Foi observado que o agrupamento de cuidados ainda não ocorre com frequência e os pacientes inseridos no protocolo são manipulados inúmeras vezes durante o plantão. **Considerações finais:** Diante do que foi exposto, observa-se que a equipe possui conhecimento do Protocolo de Mínimo Manuseio, porém é preciso modificar a maneira de intervir para garantir uma assistência mais qualificada. Pode-se perceber que com pequenas adaptações é possível capacitar a equipe para a adoção dessa estratégia.

Palavras-chave: Recém-Nascidos Prematuro; Equipe Multiprofissional; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Cuidados Críticos.

Sumário

1 - Introdução.....	7
2 - Justificativa.....	11
3 - Objetivos.....	13
4 - Referencial Teórico.....	14
5 - Metodologia.....	18
6 - Resultados E Discussão.....	23
7 - Considerações finais.....	35
Referências.....	37
Apêndice A.....	41
Apêndice B.....	42
Apêndice C.....	43
Apêndice D.....	44
Anexo 1.....	46
Anexo 2.....	47

1. Introdução

O nascimento de um bebê é um momento de grande expectativa e que envolve questões emocionais e fisiológicas tanto para a mãe quanto para o bebê (COSTENARO, 2017).

As mudanças fisiológicas que ocorrem são vitais para adaptação extrauterina, visto que o recém-nascido (RN) sai de um ambiente termoequívoco, acolhedor e com sonoridade própria para um ambiente com a temperatura mais fria, com maior luminosidade, excesso de ruídos e estímulos (COSTENARO, 2017).

Essa transição da vida fetal para a vida extrauterina necessita da participação de vários sistemas e órgãos do neonato, tendo como principal resultado a oxigenação do corpo do bebê através da respiração pulmonar, independente da mãe (CHAVES, 2014).

Frequentemente, o nascimento pode sofrer interferência de questões que causam um parto prematuro como, gestação gemelar, amadurecimento cervical, exposição a substâncias tóxicas, dentre outras (GUIMARÃES et al., 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o nascimento prematuro é aquele que ocorre antes que a mulher complete 37 semanas de gestação. Quando o parto ocorre antes da 28ª semana gestacional, o RN é considerado prematuro extremo. (GEREMIA, 2019).

O Brasil possui uma taxa de prematuridade de 11,5%, quase duas vezes maior que a de países europeus, desses, 4% são prematuros extremos (DIAS et al. 2016).

Nesses casos, os riscos de adoecimento e morte do RN se tornam maiores devido ao incompleto desenvolvimento fetal e maior suscetibilidade às infecções (GUIMARÃES et al. 2017).

Além disso, quanto menor a idade gestacional, menos desenvolvido é o organismo do recém-nascido pré-termo (RNPT) para sobreviver a vida extrauterina, necessitando de

hospitalização independente de morbidade e condições perinatais críticas (BROSO et al. 2018).

Por conta disso, além da mudança brusca de ambiente ao qual é submetido, o RN se depara com muitos procedimentos invasivos e dolorosos já nas primeiras horas de vida, como: sondagem, intubação, aspiração orotraqueal, entre outros (COSTENARO, 2017).

Todas essas intervenções somadas ao “trauma de ter nascido muito cedo” (COSTENARO, 2017) podem provocar no RN um enorme desconforto e cansaço, evoluindo para estresse.

O recém-nascido é admitido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para receber os cuidados necessários para seu desenvolvimento até ter alta para sua casa, acompanhado de seus pais e, nesse período, a equipe multiprofissional empenha-se para evitar contaminações, enfermidades e outros problemas orgânicos e fisiológicos. Nesse momento, faz-se importante a qualidade do cuidado prestado, já que este é um dos fatores que determinam a qualidade da vida dos egressos de uma unidade neonatal (CARDOSO, 2019).

Apesar desse período ser voltado para fornecer o suporte terapêutico adequado para a adaptação extrauterina, a permanência em uma UTIN pode ser desafiadora para um RN. A manipulação excessiva, os procedimentos dolorosos e o excesso de ruídos e luminosidade podem acarretar dificuldade no desenvolvimento sensorial, neurológico e motor (CASTRAL et al. 2013).

Diante disso, para minimizar o impacto dessa manipulação aos prematuros extremos e atingir uma assistência mais humanizada é fundamental que determinadas posturas terapêuticas sejam adotadas, dentre elas destaca-se o mínimo manuseio (CASTRAL, 2013).

Langer (1990) citou pela primeira vez um protocolo onde foi estabelecida a relação do gasto de energia pelos pacientes de acordo com o toque do profissional. Esse protocolo utilizava o princípio de Levine em relação à conservação de energia e a integridade pessoal, estrutural e social para proporcionar um suporte terapêutico para os RNs (LANGER, 1990).

O Protocolo de Mínimo Manuseio (PMM) começou a ser implantado nas UTIN com o propósito de reduzir o número de manipulações e estímulos ao RN prematuro extremo. Para isso, a manipulação deve ser multiprofissional, reunindo os procedimentos que serão realizados em um turno com o objetivo de promover quietude ao RN, sem desconfortos desnecessários, facilitando o sono e repouso. O PMM é uma técnica barata e que demanda somente a organização da equipe (BERTE et al. 2017).

O manuseio adequado dos recém-nascidos internados em Unidades Neonatais tem sido objeto de atenção de órgãos governamentais, com foco no desenvolvimento adequado e ao equilíbrio das necessidades biológicas, ambientais e familiares (BRASIL, 2013).

Baseado na relevância dessas ações, muitas UTIN criaram seus Protocolos de Mínimo Manuseio. Ele é indicado para recém-nascidos pré-termo ≤ 32 semanas e/ou ≤ 1500 g e recém-nascidos gravemente enfermos e estabelece como cuidados: posição supina nas primeiras 96 horas (até quarto dia de vida) com cabeça e tronco em linha média; do quinto ao sétimo dia, o tronco pode ser lateralizado com a cabeça acompanhando em linha média; a partir do oitavo dia, o recém-nascido pode ser pronado quando as condições clínicas permitirem; entre outros.

Diante disso, a proposta deste estudo é verificar a adesão ao protocolo pela equipe multiprofissional de uma UTIN de um hospital público do município do Rio de Janeiro.

Para isso, a pesquisa apresenta a seguinte pergunta norteadora que sustenta o estudo: os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público situado no município do Rio de Janeiro aderem aos cuidados estabelecidos pelo protocolo de mínimo manuseio?

2. Justificativa

Neonatos são expostos a diversos estímulos no cotidiano de uma UTIN. Esses estímulos, muitas vezes dolorosos, são estressantes pois provocam um desequilíbrio fisiológico nesses bebês (CARREIRO, 2017).

Os diversos estímulos, como luz intensa, ruídos excessivos e procedimentos dolorosos podem causar picos hipertensivos, episódios de estresse e alterações do sono, resultando em comprometimento neurológico (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Além disso, manuseio excessivo pode provocar hemorragia intracraniana e extubação acidental do paciente, dentre vários outros danos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Pereira et al. (2021) afirmam que é possível reduzir inúmeros agravos aos RNPT com medidas simples, como agrupar os cuidados da equipe multiprofissional, prestando um cuidado delicado e respeitando o momento de repouso do bebê.

Desde o início da minha jornada na neonatologia, o estresse causado em recém-nascidos por estímulos externos se tornou alvo de interesse para me aprofundar. Com isso, o estudo sobre mínimo manuseio surgiu a partir do desejo de conhecer estratégias que promovam maior conforto e segurança para os bebês internados na UTIN.

O conhecimento acerca da implementação do protocolo de mínimo manuseio favorece uma assistência de qualidade aos recém-nascidos prematuros, uma vez que evidencia possíveis obstáculos para a sua efetiva adesão.

Academicamente, espera-se que a pesquisa possa ser útil, a fim de demonstrar pontos estratégicos para a preparação de profissionais que atuam dentro da Unidade Neonatal.

Ao analisar a adesão ao protocolo e quantificar as manipulações em recém-nascidos, em conjunto com outros artigos, o estudo permite uma avaliação da prática de mínimo manuseio ao longo dos anos.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

- Verificar a adesão da equipe multiprofissional frente ao Protocolo de mínimo manuseio da Unidade Neonatal de um hospital público no município do Rio de Janeiro

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a rotina de cuidados voltada para os pacientes inseridos no protocolo do mínimo manuseio da UTIN
- Descrever os fatores que favorecem ou não a efetiva adesão do protocolo de mínimo manuseio pela equipe multiprofissional da UTIN

4. Referencial teórico

4.1 Desenvolvimento do recém-nascido prematuro

Durante os períodos pré-natal e pós-natal precoce há um rápido desenvolvimento cerebral. Nesses momentos o RN permanece em um estado de alta vulnerabilidade e plasticidade, haja vista que o sistema nervoso central inicia a organização e mielinização dos neurônios (SEKI, 2009).

O nascimento prematuro provoca uma interrupção nesse processo de organização tendo como consequência o comprometimento do desenvolvimento sensorial, já que o ambiente externo possui características muito diferentes do útero (SEKI, 2009).

Separado dos estímulos endógenos que recebeu durante a gestação, o RNPT precisa ser submetido a um ambiente de cuidados intensivos e com sobrecarga de estímulos (UTIN) que influenciam em seu desenvolvimento. Ainda que internado sem complicações, um recém-nascido prematuro tem um risco maior de desenvolver dificuldades na aprendizagem, alterações visuais e auditivas, questões emocionais e comportamentais (FERRAZ, 2022).

As evidências sobre a relação entre o desenvolvimento cerebral do recém-nascido e o ambiente em que ele está inserido vêm sendo amplamente pesquisadas, sendo encorajadas as melhores práticas para o cuidado neonatal. Esses cuidados devem priorizar não apenas a saúde física, mas também a saúde mental, prevenindo condições associadas ao nascimento precoce (FERRAZ, 2022).

4.2 Mínimo manuseio

Para melhorar a qualidade da assistência ao RN, tem sido incorporado aos cuidados neonatais modificações do ambiente, como a redução da luminosidade e dos ruídos, além de uma rotina de cuidados focada em períodos maiores de repouso para o prematuro (ALS *et al.*, 1994).

O protocolo de manuseio mínimo é um conjunto de medidas que devem ser incorporadas por todos os profissionais que trabalham na UTIN e objetiva minimizar o estresse e a dor causados aos recém-nascidos, minimizar os riscos de hemorragia intracraniana e diminuir os riscos de sequelas em outras fases da vida (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Tem como população alvo os prematuros com peso de nascimento igual ou menor a 1500g e/ou gravemente enfermos e deve ser iniciado no momento de admissão do RN na UTIN (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Ele consiste em: menor manipulação possível do RN; manutenção da normotermia; evitar procedimentos invasivos nas primeiras 96 horas ou realizar somente quando necessário; manter o alinhamento com decúbito dorsal, cabeça centralizada e cabeceira elevada em até 30 graus por 96 horas; manter braços e pernas fletidos, em direção à linha média (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

4.3 Hemorragia intracraniana

A hemorragia intracraniana, também conhecida como hemorragia intraventricular, é a ruptura dos vasos da matriz germinativa. Consiste em uma das mais importantes afecções perinatais, já que, devido à sua gravidade, pode reduzir a sobrevivência de recém-nascidos e acarretar transtornos neurológicos (PFAHL, 2018).

A suscetibilidade à hemorragia intraventricular é inversamente proporcional a idade gestacional: quanto mais prematuro for o RN, maiores são as chances de desenvolvê-la. Isso ocorre porque a região da matriz germinal que reveste os ventrículos fornece um significativo suprimento sanguíneo para a maturação do córtex cerebral, após 20 semanas de gestação e se completa por volta da 35ª semana (TAMEZ, 2021).

Várias causas podem expor prematuros à hemorragia intracraniana, principalmente aquelas relacionadas à imaturidade do desenvolvimento cerebral e à dificuldade autorregulatória do fluxo sanguíneo (SANTOS, 2019).

O sistema nervoso central (SNC) de recém-nascidos prematuros apresenta fragilidades e, portanto, não está preparado para enfrentar um ambiente adverso como a UTIN. Assim, a presença de ruídos, iluminação intensa, procedimentos e manipulação intensa são fatores prejudiciais para o RN, provocando alterações neurológicas (AMARAL et al., 2024).

Cuidados fundamentais para prevenir a hemorragia intracraniana: manter incubadora em proclive 30°, evitar elevar os membros inferiores acima da cabeça, manter decúbito dorsal, manter linha média do corpo, evitar estimulação excessiva, acomodar confortavelmente o RN e evitar aspirar tubo oro traqueal (TAMEZ, 2021).

Tais procedimentos devem ser evitados nas primeiras 72 horas de vida, período em que qualquer alteração brusca no fluxo sanguíneo do cérebro em desenvolvimento pode levar ao desenvolvimento da hemorragia intraventricular (SANTOS, 2019).

4.4 Sono e o neurodesenvolvimento

O sono possui papel fundamental na gestão de energia e estímulos para o RN. Quanto mais prematuro for, maior é a exigência dos subsistemas autônomo e motor, resultando em pouca energia para interagir com o ambiente extrauterino. As respostas aos estímulos ambientais resultam na desorganização das atividades cruciais para a sua sobrevivência (RAFAEL, 2019).

Assim, a privação de sono neonatal, além de comprometer o desenvolvimento cerebral, resulta em instabilidades fisiológicas como alterações cardíacas e respiratórias. Esta estimulação neuronal simpática e pró inflamatória aumenta o risco de distúrbios imunes, metabólicos e do crescimento (RAFAEL, 2019).

O útero materno constitui o local ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, uma vez que permite repouso e sono profundo, fatores que colaboram para o crescimento cerebral (TAMEZ, 2021).

O ambiente de uma UTI Neonatal, em contrapartida, é um ambiente hostil, repleto de estímulos, ruídos e iluminação que atrapalham o repouso do recém-nascido prejudicando seu desenvolvimento neuro motor (TAMEZ, 2021).

Sendo assim, faz-se necessário a aplicabilidade de estratégias, tais como o mínimo manuseio, que viabilizem o sono reparador do RN, visando sobretudo uma assistência segura e de qualidade para estes pacientes (TAMEZ, 2021).

5. Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de campo, observacional, de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório.

A pesquisa qualitativa tem como pilares a observação e a entrevista. Nela, a busca pelo conhecimento sobre os fenômenos ocorre através da percepção de seus participantes, com base em suas experiências e opiniões. Esse tipo de estudo apresenta comportamento interpretativo, valorizando a riqueza de detalhes nas entrevistas com membros da comunidade em questão (MINAYO, 2007) (AUGUSTO, 2013).

A pesquisa exploratória tem como principal foco a familiarização com o problema e a construção de hipóteses. Assim, ela permite conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto em que ela se insere. Para isso, geralmente envolve entrevistas e análises de exemplos (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Enquanto isso, a pesquisa descritiva fundamenta-se em observar fatos, classificar e interpretar sem que o autor interfira (Andrade (2002, citado por Beuren e Raupp, 2008). Esse estudo tem como objetivo descrever características de algum fenômeno e estabelecer relações entre variáveis (Gil, 1999, citado por Beuren e Raupp, 2008).

5.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

O IFF foi fundado em 1924 e faz parte da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) desenvolvendo ações de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e assistência (BRASIL, 2023).

A Unidade Neonatal do Instituto Fernandes Figueira é dividida em três áreas: a Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais ao Recém-nascido (UCINCO), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA).

A UTIN foi o cenário onde ocorreu este estudo. Ela possui 14 leitos preparados para receber recém-nascidos com diversas patologias, sendo eles oriundos do centro obstétrico da própria instituição ou transferidos de outras maternidades.

Nesse ambiente atuam diversos profissionais da equipe multidisciplinar entre eles: médicos plantonistas, enfermeiros plantonistas, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos e residentes médicos, enfermeiros residentes e multiprofissional.

5.3 Participante, critérios de elegibilidade e de exclusão

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde da Área de Atenção à saúde do recém-nascido clínico que atuam na UTIN do Instituto Fernandes Figueira.

Foram incluídos neste estudo os profissionais que prestavam assistência direta ao RN.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que não atuavam no cuidado direto ao RN, os profissionais de licença médica ou gozando de férias durante a coleta de dados.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados para este estudo ocorreu em dois momentos diferentes.

Primeiro foi observada a rotina de cuidados empregada aos recém-nascidos internados na UTIN e que se enquadravam nos critérios do protocolo de mínimo manuseio.

Nessa ocasião, foi avaliado qual profissional iniciou o cuidado, quanto tempo ficou manipulando o bebê, o que foi feito, se o cuidado foi agrupado ou não com outro

profissional e quanto tempo esse bebê permaneceu sem ser manuseado. Todos os dados foram registrados em uma planilha criada pelas pesquisadoras (Apêndice A).

O protocolo da instituição indica o mínimo manuseio para recém-nascidos pré-termo ≤ 32 semanas e/ou ≤ 1500 g e recém-nascidos gravemente enfermos e estabelece como cuidados:

- posição supina nas primeiras 96 horas (até quarto dia de vida) com cabeça e tronco em linha média;
- do quinto ao sétimo dia, o tronco pode ser lateralizado com a cabeça acompanhando em linha média;
- a partir do oitavo dia, o recém-nascido pode ser pronado quando as condições clínicas permitirem.
- trocar fraldas e aferir sinais vitais a cada 6 horas
- agrupar procedimentos/cuidados observando os sinais de estresse do RN, interromper os procedimentos sempre que o RN der sinais de estresse
- organizar os cuidados/exames de rotina para coincidir com os ciclos de sono/vigília do RN

O período de observação ocorreu entre os meses de julho a novembro, durante seis dias escolhidos de forma que fossem observados diferentes plantões e diferentes turnos.

A pequena quantidade de dias destinados a observação é justificada pela necessidade de aguardar a presença de pacientes com critérios para inserção no PMM, além da dificuldade de conciliar a presença deles com dias em que a observadora não se encontrasse de plantão.

Após o período de observação, foi aplicado um questionário (Apêndice B) aos profissionais de saúde que prestavam assistência direta aos RN.

O questionário possui quatro perguntas abertas acerca do protocolo para analisar o conhecimento dos profissionais sobre o assunto e sua opinião sobre os fatores que facilitam e/ou dificultam a implementação do protocolo.

O fechamento amostral ocorreu por saturação dos dados obtidos. Esse método é utilizado quando os dados obtidos começam a apresentar repetição, na avaliação do pesquisador. Desse modo, torna-se irrelevante persistir na coleta de dados, já que as informações fornecidas por novos participantes não irão contribuir significativamente para uma conclusão teórica baseada nos dados coletados (FONTANELLA et al., 2008).

5.5 Análise e interpretação dos dados

De acordo com cada variável, foram utilizados diferentes métodos. Para as informações obtidas durante a observação, a análise foi feita através de estatística descritiva simples, baseada em porcentagem simples e média aritmética.

Para apreciação do conteúdo das entrevistas foram utilizadas estatística descritiva simples e a análise de conteúdo de Bardin. Um método para análise de entrevistas através de um conjunto de técnicas que objetiva a manipulação de mensagens para a inferência de dados. Bardin afirma que sua principal função é o desvendar crítico (FERREIRA, 2000).

Este método é conduzido através de critérios de organização, classificados pela autora como: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Essas categorias objetivam conferir significação aos dados coletados e conhecer o que está por trás das palavras.

Os entrevistados foram identificados de maneira aleatória pela letra “E” e algarismos romanos de 01 a 65 para garantir a confidencialidade dos nomes e os recém-nascidos observados foram identificados pela sigla “RN” seguidos por números cardinais.

5.6 Questões éticas

Esta pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), denominado CEP-IFF, a fim de atender à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Esta resolução engloba alguns referenciais da Bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, além de assegurar os direitos e deveres de todos os participantes da pesquisa (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Toda equipe assinou um termo de ciência (Apêndice C) a respeito da fase observacional da pesquisa e todos os participantes elegíveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), antes do preenchimento do questionário e após esclarecimentos sobre a pesquisa.

Sobre os riscos potenciais, considera-se que existe o risco de quebra de confidencialidade, porém a fim de evitá-la, não haverá a divulgação dos nomes dos participantes da entrevista e códigos alfanuméricos, que somente a equipe de pesquisa terá acesso, foram utilizados para mencionar os entrevistados. Além disso, nenhuma informação será passada a qualquer outra pessoa que não seja membro da equipe de pesquisa.

6. Resultados e discussão

Os resultados obtidos foram distribuídos em três categorias, onde será apresentado inicialmente o grau de conhecimento do grupo entrevistado sobre o Protocolo de Mínimo Manuseio, seguido das opiniões dos entrevistados e posteriormente a análise do conteúdo de observação.

6.1 Observação da rotina de cuidados observada na UTIN

A observação ocorreu entre os meses de julho a novembro, sendo necessário aguardar a presença de pacientes com critérios para inserção no PMM. Os dias para a coleta de dados foram escolhidos de forma que fossem observados diferentes plantões e diferentes turnos.

Quadro 01: Tempo de observação em cada dia de coleta de dados

Dia de observação	Tempo observado	Período
20/jul	390 min	08:30 até 15h
08/ago	300 min	13h até 18h
13/set	240 min	08h até 12h
06/out	300 min	13h até 18h
11/out	310 min	13h até 18:10
20/nov	280 min	07:30 até 12:10

Fonte: autora (2023)

O quadro 01 apresenta os dias em que ocorreu a observação da rotina de cuidados. Foram coletados dados durante seis dias, sendo três dias no turno da manhã e os outros três no turno da tarde. Em média, a observação ocorreu durante quatro horas em cada dia.

Tabela 01: Caracterização dos RNs assistidos pelos profissionais observados durante coleta de dados

Diagnósticos	N	%
Patologia do SNC	1	11,1
Patologia do sistema cardiopulmonar	2	22,2
PMT	6	66,6
Idade gestacional	N	%
Pré-termo extremo(<28s)	2	22,2
Muito pré-termo (28s A 31s6d)	4	44,4
Pré-termo moderado (32 A 33s6d)	0	0
Pré-termo tardio (34s A 36s6d)	0	0
A termo (>37s)	3	33,3
Peso	N	%
Extremo baixo peso (<1000g)	3	33,3
Muito baixo peso (<1500g e ≥1000g)	3	33,3
Baixo peso (<2500g e ≥1500g)	1	11,1
Peso adequado (≥2500g)	2	22,2
RNs que receberam assistência direta de cada categoria	N	%
Enfermeiro	3	33,3
Técnico de enfermagem	9	100
Médico	9	100
Fisioterapeuta	6	66,6
Cirurgião	1	11,1
Técnico de Raio-X	1	11,1

Fonte: autora (2023)

A tabela 01 apresenta o perfil dos recém-nascidos que foram assistidos pelos profissionais observados durante a coleta de dados. Em relação aos diagnósticos, percebe-se que cerca de 66% são prematuros, o que é ratificado pela descrição da idade gestacional. Dentre os RNs a termo, dois possuem uma patologia do sistema cardiopulmonar (hérnia diafragmática) e um possui uma patologia do sistema nervoso central (tumor).

Em relação ao peso, cerca de 33% dos pacientes observados possuíam extremo baixo peso ao nascer, 33% muito baixo peso e 11% baixo peso. Apenas 22% dos RNs tinham o peso adequado ao nascer.

Quando observados os profissionais que manipularam esses pacientes, foi constatado que todos os recém-nascidos receberam assistência direta dos médicos e técnicos de enfermagem. Cerca de 33% e 66%, respectivamente, foram manuseados por enfermeiros e fisioterapeutas e em torno de 11% pelo técnico de raio-x e médico cirurgião.

Quadro 02: Manipulações observadas em cada recém-nascido e intervalos

Paciente/variáveis	Nº de manipulações (N=56)	Média de manipulações	Agrupamento de Manipulações	Intervalo médio entre manipulações (min)	Quantidade de manipulações a cada 360 min (6 horas)
RN1	3 vezes em 390 min	1 a cada 120 min	Não	145 (50-240)	2,8
RN2	7 vezes em 690 min	1 a cada 98 min	Sim	96,4 (7-250)	3,6
RN3	8 vezes em 690 min	1 a cada 86 min	Sim	93,2 (6-230)	4,1
RN4	4 vezes em 240 min	1 a cada 60 min	Não	70 (55-85)	6,0
RN5	4 vezes em 300 min	1 a cada 75 min	Não	70 (20-100)	4,8
RN6	13 vezes em 890 min	1 a cada 68 min	Sim	31,8 (3-95)	5,2
RN7	7 vezes em 590 min	1 a cada 84 min	Não	65 (10-100)	4,2
RN8	5 vezes em 310 min	1 a cada 62 min	Não	50,5 (7-150)	5,8
RN9	5 vezes em 280 min	1 a cada 56 min	Não	25 (3-45)	6,4

Fonte: autora (2023)

O quadro 02 traz as informações coletadas durante a observação da rotina de cuidados dos recém-nascidos inseridos no Protocolo de Mínimo Manuseio. Foram observados nove RNs por quantidades variáveis de dias, totalizando 56 manipulações.

Dentre as 56 manipulações observadas, em apenas três momentos os profissionais se organizaram para agrupar os cuidados prestados. Castral et al. 2013 também evidencia em seu estudo a ausência do agrupamento de cuidados na UTIN estudada.

O mínimo manuseio é diretamente relacionado ao agrupamento de cuidados, já que o recém-nascido é o núcleo dessa assistência e os profissionais devem agir em

conjunto priorizando a necessidade do paciente (CASTRAL et al. 2013). No entanto, são observadas manipulações individuais para um único procedimento, evidenciando a falta de organização sistemática e comunicação efetiva entre os profissionais.

Além disso, dois pacientes chegaram a ser manipulados 5 vezes em um período de cerca de 300 minutos. Isso acarretou períodos curtos de descanso, ocorrendo intervalos com menos de 10 minutos entre as manipulações.

O sono exerce função significativa no controle energético do recém-nascido. Quanto menor sua idade gestacional, maiores são as demandas dos sistemas motor e autônomo, o que resulta em pouca energia para interagir com o meio ambiente e regular seu padrão de sono (RAFAEL, 2019).

Desse modo, quando o RN é excessivamente estimulado e privado de períodos de repouso, pode ocorrer um considerável agravamento de sua instabilidade fisiológica, resultando em alterações cardiorrespiratórias e balanço energético negativo (RAFAEL, 2019).

A média total foi de uma manipulação ocorrendo a cada 79 minutos, ou seja, o número de manipulações foi inferior a uma por hora (60 minutos).

Um estudo realizado por Souza et al. 2008 constatou que os RNPTs foram manipulados cerca de 45 vezes em seis horas (360 minutos), ou seja, receberam mais de sete manipulações por hora. Já em uma pesquisa realizada por Castral et al. 2013, cada RN participante recebeu em média 1,6 manipulação por hora.

Esses dados evidenciam que as estratégias para reduzir o número de manipulações vem sendo amplamente discutidas e colocadas em prática. No entanto, esse manuseio ainda precisa ser melhor organizado e refinado para garantir uma assistência mais qualificada e humanizada.

Durante a coleta de dados do presente estudo foi observado em dois momentos distintos o mesmo profissional manuseando um RN por dois momentos seguidos,

evidenciando, além da falta de comunicação, uma falta de planejamento do cuidado prestado.

É importante destacar que em diversos dias, os pacientes inseridos no protocolo foram manipulados fora do horário de rotina estabelecido pelo setor.

O protocolo de mínimo manuseio da instituição onde ocorreu a pesquisa estabelece uma rotina de cuidados com intervalos de seis horas (360 minutos) entre as manipulações. No entanto, o maior período sem manipulação observado foi de 250 minutos.

Como foi relatado durante as entrevistas, as intercorrências e a condição clínica do RN interferem na implementação do PMM. No entanto, ocorreram apenas seis eventos que justificaram o manuseio fora do horário previsto, tais como: verificação de temperatura devido distermia, regurgitação, ajuste do oxímetro de pulso e promoção do Método Canguru.

6.2 Grau de conhecimento dos entrevistados acerca do PMM

Ao todo foram entrevistados 65 profissionais que atuam no cuidado direto ao RN, sendo 7 médicos, 8 residentes de medicina, 10 enfermeiros, 8 residentes de enfermagem, 28 técnicos de enfermagem e 4 fisioterapeutas. Eles responderam a três perguntas que abordavam o conhecimento sobre o Protocolo de Mínimo Manuseio:

- Questão 1: Você conhece o PMM?
- Questão 2: Foi orientado sobre o PMM?
- Questão 3: Qual o critério para inserir o paciente?

A tabela 02 apresenta as respostas dos profissionais para essas três questões organizadas de acordo com cada categoria profissional.

Tabela 02: Resposta dos profissionais em relação ao protocolo de mínimo manuseio

Questão/Profissional	Fisioterapia		Enfermeiro plantonista		Enfermeiro residente		Médico plantonista		Residente médico		Técnico de enfermagem	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	fi (%)	N	(%)
Questão 1												
Sim	4	100	10	100	8	100	7	100	8	100	27	96,43
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,57
Questão 2												
Sim	3	75	7	70	0	0	5	71,43	3	37,5	25	89,29
Não	1	25	3	30	7	87,5	2	28,57	5	62,5	3	10,71
Não respondeu	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0
Questão 3												
Certo	0	0	1	10	0	0	0	0	1	12,5	1	3,57
Parcialmente certo	4	100	7	70	7	87,5	7	100	6	75	18	64,26
Errado	0	0	2	20	1	12,5	0	0	1	12,5	8	28,56

Fonte: autora (2023)

A questão 1 informa quantos profissionais consideram conhecer o protocolo de mínimo manuseio utilizado na UTIN de referência da pesquisa. Com exceção dos técnicos de enfermagem, onde um profissional afirmou não conhecer, em todas as outras categorias todos os entrevistados consideram conhecer o PMM.

A questão 2 evidencia os profissionais que foram orientados sobre o Protocolo de Mínimo Manuseio da instituição de referência. Ao todo, cerca de 32% dos entrevistados não receberam orientação sobre o protocolo. Ao observar por categoria, é possível perceber que esse dado é maior entre os residentes, 62% dos residentes médicos e 87% dos enfermeiros residentes relataram não terem sido orientados ao iniciar na instituição. Nas demais categorias, a quantidade de profissionais orientados foi de 75% entre os fisioterapeutas, 71% entre os médicos plantonistas, 70% entre enfermeiros plantonistas e 89% entre os técnicos de enfermagem.

O conhecimento acerca dos pacientes que devem ser inseridos no Protocolo de Mínimo Manuseio está expresso através da questão 3. Apenas 5% dos entrevistados

responderam corretamente à pergunta, no entanto, cerca de 76% sabe algum(ns) dos critérios para inserir o paciente no protocolo. Todos os fisioterapeutas e médicos plantonistas conhecem parcialmente quais pacientes possuem indicação de participar do protocolo. Responderam corretamente apenas 13% dos residentes de medicina, 10% dos enfermeiros e 4% dos técnicos. Nenhum residente de enfermagem respondeu corretamente, porém cerca de 84% conhecem pelo menos um critério para inserir o paciente no protocolo.

6.3 Opinião dos entrevistados sobre o Protocolo de Mínimo Manuseio

Os entrevistados foram questionados com duas perguntas sobre a execução do protocolo.

- Qual sua opinião sobre o protocolo?
- O que facilita e/ou dificulta a adesão?

A análise das falas dos entrevistados revelou que todos possuem uma opinião positiva sobre o PMM.

A partir das respostas dos participantes foram organizadas três categorias para expor o ponto de vista da equipe: importância para o recém-nascido; o impacto do protocolo na dinâmica de trabalho e fatores determinantes para a aplicabilidade do protocolo.

6.3.1 A importância do Protocolo de Mínimo Manuseio para o recém-nascido

A importância do Protocolo de Mínimo Manuseio para o recém-nascido foi predominante durante as entrevistas. Sua relevância foi relacionada a gravidade clínica dos RNs que são inseridos no protocolo, necessidade de neuroproteção para melhor desenvolvimento, para reduzir repercussões e para manter uma maior estabilidade clínica.

“[...] melhores resultados para a vida e após a internação. Com isso diminui a incidência em comprometimentos neurológicos.” E46

*“Foi estruturado para promover a proteção do paciente a alterações hemodinâmicas que possam culminar em hemorragia intracraniana.” E10
 “[...] reduz o estresse e algumas patologias necessitam disso para não piorar, como a hipertensão pulmonar.” E29*

“Acho um protocolo necessário e importante [...] em função de sua imaturidade fisiológica e o risco de hemorragia da matriz germinativa[...].” E35

Pereira et al. 2021 reforçam que no período de internação, neonatos são expostos a diversos procedimentos invasivos e a manipulação excessiva que ocasionam uma série de efeitos adversos e alterações no desenvolvimento.

Para Berte et al. 2017, é fundamental a execução de medidas que aumentem a sobrevivência dos pacientes internados em uma UTIN, visando minimizar, ou até mesmo erradicar, as complicações que possam acometê-los.

6.3.2 O impacto do protocolo na dinâmica de trabalho

O impacto na dinâmica de trabalho também foi bastante citado, já que o protocolo é simples de ser utilizado, possui um baixo custo e auxilia na logística do setor. Porém, alguns profissionais relataram que, apesar de ser importante, o protocolo não é aderido conforme o necessário e que a equipe deve ser capacitada para colocá-lo em prática.

“A fixação de horários definidos para o manuseio em bloco norteia bem o cuidado” E45

“[...] porém a falta de conscientização da equipe acaba dificultando a adesão ao protocolo.” E32

“Excelente método de assistência, com baixo custo e bons resultados.” E23

Pimenta et al. 2014 traz a importância dos protocolos para subsidiar a prática assistencial aprimorando e minimizando a variabilidade de condutas. Ele também afirma que os protocolos favorecem o uso de práticas cientificamente fundamentadas, sendo construídos e sustentados pela prática baseada em evidências.

Além disso, durante seu trabalho, Cabral e Velloso (2014) mencionam que o protocolo de mínimo manuseio possui ações de baixo custo, possíveis de serem implantadas em qualquer UTIN do país, o que corrobora com a opinião dos entrevistados.

6.3.3 Fatores determinantes para a aplicabilidade do protocolo

Na última pergunta, foram registrados os fatores determinantes para a aplicabilidade do protocolo de mínimo manuseio, formando a terceira categoria. Durante a análise, foi observada semelhança entre os fatores que facilitam e dificultam a adesão ao protocolo, sendo sua ausência ou presença o fator determinante para defini-lo.

Sendo assim as respostas foram agrupadas de acordo com a ideia proposta no discurso:

- **Relacionamento entre a equipe multiprofissional;**
- **Ausência de treinamento e orientação sobre o protocolo;**
- **Relação entre o número de profissionais x pacientes;**
- **Condição clínica do RN; e**
- **Sinalização visual do paciente que está inserido no PMM.**

O relacionamento entre a equipe multiprofissional foi o fator mais citado entre as questões que interferem na aplicabilidade do protocolo, pois a comunicação entre os profissionais foi considerada condição determinante para um bom funcionamento do protocolo. Além disso, foi relatado que as diferentes categorias possuem seus próprios horários de manipulação e eventualmente priorizam seu próprio trabalho, deixando de atuar em sincronia com os demais profissionais.

“[...] todos querem fazer o seu serviço na sua hora sem respeitar o momento do RN[...]” E50

“Facilita: Conversa entre as equipes multidisciplinares, alinhamento dos cuidados ao RN” E30

“As pessoas focam em fazer o delas, não sabem a importância do trabalho do outro” E37

Para Coifman et al. 2021, a formação do diálogo entre a equipe interprofissional viabiliza a criação de um relacionamento e possibilita o reconhecimento do trabalho do outro, sendo determinante para um cuidado mais seguro e humanizado. Ele compreende a comunicação interprofissional como a habilidade de interação efetiva e colaborativa entre diferentes profissionais.

Felicíssimo (2001) traz a comunicação e o trabalho em equipe como habilidades que podem ser adquiridas através de educação e treinamentos. Essa narrativa corrobora com a importância da capacitação periódica dos profissionais, que fortalece não apenas o diálogo, mas também a resolução de problemas, uso de novas tecnologias e um cuidado mais qualificado prestado ao paciente.

Os entrevistados ressaltaram que a conscientização da equipe sobre as repercussões da manipulação excessiva facilita a adesão ao protocolo. Além disso, a rotatividade de profissionais e a presença de residentes reforça a necessidade de treinamentos frequentes para que todos os profissionais tenham competência para colocar o protocolo em prática.

“Saber a função das medidas solicitadas, o porquê de fazê-las e quais as complicações visam evitar são condições que facilitam a adesão” E10

“Para aderir a um protocolo é necessário que este seja bem difundido entre a equipe e realizados treinamentos periódicos para que a equipe saiba executar, as indicações e principalmente a importância para o RN” E02

Para Boog (1995, pg.232), “Treinamento e desenvolvimento é toda e qualquer atividade que envolva novas visões, reflexões e mudanças no componente humano das organizações”. Já para Chiavenato (1999), o treinamento é direcionado para a educação dos funcionários, de modo que eles desenvolvam habilidades, conhecimentos e conceitos que modifiquem seus hábitos e comportamentos.

Quando esses conceitos são trazidos para o tema de estudo deste trabalho, é importante salientar que essas novas visões, conceitos e habilidades promovem uma

assistência mais qualificada ao paciente internado, resultando em menores repercussões a longo prazo.

A relação entre a quantidade de pacientes e profissionais também interfere na aplicabilidade do protocolo de mínimo manuseio. Durante as entrevistas, alguns profissionais relataram que a quantidade insuficiente de profissionais torna inviável seguir os horários corretos de manipulação, já que as demandas assistências se tornam muito extensas. Para uma assistência qualificada também é necessário que a relação profissional x paciente esteja de acordo com as normas preestabelecidas.

“Falta pessoal, muita coisa para fazer e por isso tem que entrar (para manusear o RN) antes do horário” E40

“O número grande de crianças internadas dificulta, pois na hora estabelecida nós, técnicas “escaladas” como RN, podemos estar na assistência de outro. Este fato faz com que não haja sincronia com o horário de outro profissional” E45

O parecer do Conselho Federal de Medicina nº24/2019 traz a proporção de um médico plantonista para cada dez pacientes ou fração em unidades de assistência de alta complexidade.

Já a Resolução COFEN 743/2024, que trata do dimensionamento do pessoal de enfermagem, sugere a relação de um profissional para cada 1,33 paciente no cuidado intensivo, sendo 52% da equipe composta por enfermeiros. Além disso, deve ser acrescido ao quantitativo de profissionais o índice de segurança técnica de no mínimo 15% do total.

Na referida unidade temos uma proporção de duas enfermeiras, dois médicos e seis técnicos de enfermagem para 14 leitos de internação. Essa proporção pode interferir na aplicabilidade do protocolo devido as demandas do setor e pela possível ocorrência de faltas, férias e afastamentos por atestado médico.

A condição clínica dos pacientes internados é outro obstáculo para a implementação de uma rotina com menos manuseio. A ocorrência de eventos adversos

foi citada como um fator que torna a manipulação sucessiva inevitável, assim como a necessidade de exames e procedimentos frequentes devido a gravidade do RN.

“Eventos adversos inerentes ao quadro clínico que necessita de quebra do protocolo.” E22

“A gravidade do caso dificulta.” E30

“Dificuldade de manuseio maior em bebês mais graves” E13

“Dificulta: paciente instável.” E51

Por fim, a presença de sinalização visual de que o paciente está inserido no PMM foi mencionada como um importante instrumento que viabiliza a adesão ao protocolo. Esses avisos, além de serem considerados importantes pela equipe multiprofissional, também são recomendados em documentos como o Caderno de Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido sob Manuseio Mínimo (BRASIL, 2022).

“Sinalizar melhor os horários visualmente.” E09

“Facilita: indicação de horário de manuseio na incubadora.” E13

“Facilita: plaquinha de mínimo manuseio na IA (incubadora aquecida).” E34

7. Considerações finais

Este estudo permitiu uma análise da adesão ao protocolo de mínimo manuseio pela equipe multiprofissional de uma Unidade Neonatal de um hospital público no município do Rio de Janeiro e dos fatores que favorecem ou não a sua efetiva adesão. Desse modo, foi possível perceber que, apesar de conhecer, a equipe ainda precisa de treinamentos para aprimorar seus conhecimentos sobre o PMM. Além disso, a comunicação eficaz e uma equipe integrada são fundamentais para garantir uma implementação qualificada do protocolo.

Os treinamentos periódicos permitem que a equipe multiprofissional esteja preparada para reconhecer as condições clínicas e diagnósticos que tornam um paciente elegível para o Protocolo de Mínimo Manuseio. Para além, quando um profissional possui pleno conhecimento dos prejuízos que uma ação pode trazer, ele se torna mais cuidadoso, prestando um cuidado mais humanizado.

Já a comunicação é uma ferramenta determinante para um cuidado ordenado e qualificado e foi a maior dificuldade apontada pelos entrevistados para a implementação do protocolo. Quando a equipe multiprofissional não estabelece um diálogo claro, a assistência se torna desordenada e o RN deixa de ser prioridade.

A comunicação também favorece o agrupamento de cuidados, que é um mecanismo que auxilia na redução do tempo de exposição a estímulos para o neonato. Porém, durante a coleta de dados, foi observado que essa prática ainda não ocorre de maneira rotineira dentro do setor.

Apesar da instituição possuir um protocolo instituído e profissionais qualificados, ainda é necessário implementar ações que fortaleçam a prática do mínimo manuseio dentro da UTIN.

As demandas dentro de uma Unidade Neonatal são extensas devido ao quadro clínico dos pacientes e isso gera uma sobrecarga nos profissionais. Como resultado, as relações entre a equipe e até mesmo as rotinas de trabalho ficam desgastadas dificultando o processo de cuidar. Desse modo, são necessárias ferramentas que propiciem a implementação do PMM.

As sinalizações visuais nas incubadoras dos RNs inseridos no protocolo já existem e, conforme relatado pela equipe, elas são uma importante ferramenta para a implementação do protocolo. No entanto, é necessário que seja reforçado com a equipe a importância de seguir corretamente as orientações e horários estipulados.

A assistência dentro de uma UTI Neonatal é voltada para garantir a sobrevivência e a qualidade de vida dos recém-nascidos internados. Para esse trabalho, os profissionais precisam atuar com afeto e dedicação, no entanto, são as capacitações que tornam o cuidado qualificado e humanizado e a prática do mínimo manuseio traz inúmeros benefícios para o paciente, conforme relatado nas entrevistas.

Diante do que foi exposto, observa-se que a equipe possui conhecimento do Protocolo de Mínimo Manuseio, porém é preciso modificar a maneira de intervir para garantir uma assistência mais qualificada. Pode-se perceber que com pequenas adaptações é possível capacitar a equipe para a adoção dessa estratégia.

Referências:

- ALS, H. *et al.* **Individualized development care for the very low birth weight preterm infant: medical and neurofunctional effects.** *Journal of the American Medical Association*, v. 272, n. 11, 1994, p. 853-858. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/379258> Acesso em: 19 out. 2022.
- AMARAL, W.N. *et al.* Prevalência das principais alterações cerebrais em neonatos internados em UTINEO. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], 8 mar. 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67936/48293>. Acesso em: 12 abr. 2024.
- AUGUSTO, C.A. *et al.* Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 51, n. 4, p. 745-764, 2013.
- BERTE, C; GIORDANI, A.T.K.; LOUREIRO, P.C. **Cuidados essenciais com o prematuro extremo: elaboração do protocolo mínimo manuseio.** *Varia Scientia - Ciências da Saúde*, v. 3, n. 2, p. 165–172, 2017. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/17658>. Acesso em: 03 jul. 2022.
- BOOG, G.G. Manual de treinamento e desenvolvimento. In: **Manual de treinamento e desenvolvimento.** 1995. p. 595-595.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpressão – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf. Acesso em: 03 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Institucional. Sobre o IFF/Fiocruz. Disponível em <https://www.iff.fiocruz.br/index.php/institucional/sobre-iff-fiocruz>. Acesso em 06 jan. 2023.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: Manuseio mínimo do recém-nascido.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/manuseio-minimo-do-recem-nascido/>. Acesso em: 17 ago. 2022.
- BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde. **Assistência de enfermagem ao recém-nascido sob manuseio mínimo: CADERNO-4** / Diretoria de Enfermagem / Gerência de Serviços de Enfermagem Obstétrica e Neonatal / Secretaria de Estado de Saúde BRASIL. -2022 Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/CADERNO_4__MANUSEIO_MINI

MO_22_09.pdf/0503210d-02f7-c6b4-b729-e8ab4c5e7bbd?t=1670518724356 Acesso em: 15 abr. 2024.

BROSO, S.; MONTIROSSO, R.; PROVENZI, L. **Do mothers sound good? A systematic review of the effects of maternal voice exposure on preterm infants' development.** *Neurosci Biobehav Rev.* 2018 May; 88:42-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.03.009>. Acesso em: 03 jul. 2022.

CABRAL, L.A.; VELLOSO, M. **Comparação dos efeitos de protocolos de manuseio mínimo em parâmetros fisiológicos de prematuros submetidos à terapia de surfactante exógeno.** *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 18, p. 152-164, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/dzY8HRyyDW5gQq7mXZJD6kr/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2024.

CARDOSO, M.S. **Os benefícios do protocolo de manuseio mínimo em prematuros de um hospital da região Sul catarinense.** Repositório da Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2019. Disponível em <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/8071/1/Marileia%20de%20Souza%20Cardoso%20.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CARREIRO, M.A. *et al.* **Care to the extreme premature: minimum handling and humanization Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização.** *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, [S. l.], v. 9, n. 4, pp. 926–630, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4637>. Acesso em: 17 ago. 2022.

CASTRAL, T.C. *et al.* **A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, pp. 1272-1278, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/MS7L8kJYVtPz8H6C8t5LTqd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 03 jul. 2022.

CHAVES, R.L. **O nascimento como experiência radical de mudança.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, pp. S14-S16, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE03S114>. Acesso em: 03 jul. 2022.

CHIAVENATO, I. (1999). **Gestão de pessoal: o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** 13ª Ed. Rio de Janeiro.

COIFMAN, A.H.M. *et al.* Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03781, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/6b3gxpg5DL5YJy5ZQPGtgnv/#> Acesso em: 28 mar. 2024.

Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). **RESOLUÇÃO COFEN 743/2024**, [S. l.], 18 abr. 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-743-de-12-de-marco-de-2024/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

Conselho Federal de Medicina (Brasil). Parecer. **PARECER CFM nº 24/2019**, [S. l.], 20 set. 2019. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2019/24_2019.pdf. Acesso em: 13 fev. 2024.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 06 jan. 2023.

COSTENARO, R.G.S. **Há se eu pudesse falar. O que eu diria para quem me cuida?** In: Costenaro, R. G. S., Corrêa, D. A. M.; Ichisato, S. M. T. Cuidados de enfermagem em Neonatologia. Porto Alegre: Moriá, 2017, Cap. 1, pp. 29-42.

LEAL, M.C. *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive health**, v. 13, p. 163-174, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766978>. Acesso em: 03 jul. 2022.

FELICÍSSIMO, J.R. **América latina: movimentos sociais frente à descentralização do Estado**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro. 1994. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/8572/7310> Acesso em: 28 mar. 2024.

FERRAZ L, FERNANDES A, GAMEIRO M. **Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas**. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8MRMnbnRzygN3Rg9r3dSRSx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 ago. 2022.

FERREIRA, B.W. **Análise de conteúdo**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/BR, [s. l.], 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-341888>. Acesso em: 14 dez. 2022.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Departamento de Medicina Universidade Federal de São Carlos., 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMvByhrN/?lang=pt>. Acesso em: 2 abr. 2023.

MONTEIRO, L. M. *et al.* **Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: recomendações baseadas em evidências**. Revista enfermagem atual in derme-88-27. Ago, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/258/462>. Acesso em: 03 jul. 2022.

GUIMARÃES, E. A. A. *et al.* **Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Epidemiologia e Serviços de saúde, v. 26, p. 91-98, 2017. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v26n1/2237-9622-ess-26-01-00091.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2022.

LANGER, V.S. **Minimal handling protocol for the intensive care nursery**. Neonatal Network, 1990, 9(3), 23-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2215442/>. Acesso em: 03 jul. 2022.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

PFAHL, S *et al.* **Long-term neuro development about come follow in glow grade intraventricular hemorrhage in premature infants**. *Early Human Development*, v. 117, p. 62-67, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.12.013>. Acesso em: 23 ago. 2022.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. 2014. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/b5df8752-e889-49e1-a78e-284615db953b/PIMENTA%2C+C+A+de+M+doc+185.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2024.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública**. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, p. 318-325, 1995.

RAFAEL, C. Q. **Melhorar o sono do recém-nascido em Cuidados Intensivos**. 2019. Dissertação (Mestrado em medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, [S. l.], 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121052/2/341787.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2022

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, p. 76-97, 2006. Disponível em: http://www.geocities.ws/cienciascontabeisfecea/estagio/Cap_3_Como_Elaborar.pdf . Acesso em: 06 jan. 2023

SANTOS, G. C. **Fatores Associados a Hemorragia Intracraniana em Neonatos Prematuros: Estudo Caso-Controle**. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Alfenas, [S. l.], 2019. Disponível em: <http://bdtd.unifal-mg.edu.br:8080/handle/tede/1621> Acesso em: 23 ago. 2022.

SEKI T, BALIEIRO MMFG. **Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: pesquisa**. *Ver Soc Bras Enferm Ped [Internet]*. 2009; 9(2):67-75. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/article/cuidados-voltados-ao-desenvolvimento-do-prematuro-pesquisa-bibliografica/> Acesso em: 23 ago. 2022.

DE SOUSA, MWCR *et al.* **Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo**. *ConScientiae Saúde*, v. 7, n. 2, p. 269-274, 2008. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/701/1054> Acesso em: 12 abr. 2024.

TAMEZ R. **Enfermagem Neonatal na UTI-neonatal**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.

VIGO, P. S. *et al.* **O Mínimo Manuseio na UTI Neonatal: Contribuição da Equipe de Enfermagem**. 42º Simpósio do Instituto Nacional de Cardiologista, 18 a 22 out. 2021. Disponível em <https://www.inscricaoeletronica.com.br/incsimposio2021/site/trabalhos/trabalho023.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2022.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro da Observação

RN: _____ IG: _____ IGC: _____ PN: _____ P: _____ Diag: _____						
Início	Término	Profissional	Procedimento	Elet. ou Urg.	Agrupamento	Observações

RN observado; Idade gestacional; Idade gestacional corrigida; Peso de nascimento;
Peso atual; Diagnóstico

Início do procedimento

Término do procedimento

Qual profissional realizou a manipulação

Qual foi o procedimento realizado

Eletivo ou de urgência

Se houve agrupamento dos cuidados

Apêndice B – Roteiro de Entrevista

Pesquisa: A percepção da equipe multiprofissional frente ao protocolo de mínimo manuseio

Autora: Bárbara Abrão de Lima

Orientadoras: Me. Talita Nunes dos Santos e Dra. Danielle Bonotto Cabral Reis

1. Você conhece o protocolo de mínimo manuseio (PMM)?

()SIM ()NÃO

2. Foi orientado sobre o PMM?

()SIM ()NÃO

3. Qual o critério para inserir o paciente?

4. Qual sua opinião sobre o protocolo?

5. O que facilita e/ou dificulta a adesão?

Apêndice C – Termo de ciência**TERMO DE CIÊNCIA APRESENTADO À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL****DECLARAÇÃO**

Declaro que estou ciente de que a pesquisa “*A percepção da equipe multiprofissional frente ao protocolo de mínimo manuseio*”, orientada pela Doutora Danielle Bonotto Cabral Reis e Mestre Talita Nunes dos Santos, acontecerá na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira e que envolverá observação do processo de cuidados da equipe multiprofissional aos recém-nascidos internados inseridos no protocolo de mínimo manuseio desta unidade.

Apêndice D – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO PROTOCOLO DE MÍNIMO MANUSEIO

Bárbara Abrão de Lima	Danielle Bonotto Cabral Reis	Talita Nunes dos Santos
E-mail:	E-mail:	E-mail:
lima.a_barbara@hotmail.com	danibcabral@yahoo.com.br	enfa.talitanunes@gmail.com
Tel: (21)97658-6339	Tel: (21)99756-1694	Tel: (24) 99218-0039

Instituto Fernandes Figueira

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo, Rio de Janeiro - RJ, 22250-020

Tel: (21) 2554-1700

Participante: _____

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “A percepção da equipe multiprofissional frente ao protocolo de mínimo manuseio”, que tem como objetivos: verificar a percepção da equipe multiprofissional frente ao Protocolo de mínimo manuseio; identificar a rotina de cuidados voltada para os pacientes inseridos no protocolo do mínimo manuseio de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; descrever os fatores que favorecem ou não a efetiva adesão do protocolo de mínimo manuseio pela equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Sua participação não é obrigatória, e sim **voluntária**; isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas **nesta** pesquisa, e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas repostas serão tratadas de forma anônima, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O(a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa, e também não receberá nenhuma remuneração. Caso apresente alguma despesa comprovadamente oriunda da pesquisa, terá direito a ressarcimento de gastos decorrentes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas realizadas sob a forma de roteiro pré-estabelecido. A entrevista será realizada através de um questionário que será guardado por 05 (cinco) anos e incinerado após esse período. Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Neste âmbito, considera-se que esta pesquisa pode causar constrangimento durante a entrevista e/ou risco de dano emocional. Em caso de dano comprovadamente oriundo da pesquisa, você terá direito a indenização através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O benefício relacionado à sua participação será aumentar o conhecimento científico para a área da Neonatologia. Você poderá ter acesso aos resultados dessa pesquisa após sua conclusão através de uma

palestra para a equipe.

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos do instituto responsável pela pesquisa e das pesquisadoras responsáveis, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554-1730; Fax: 2552-8491)

Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra das pesquisadoras responsáveis.

Eu, voluntariamente, aceito participar dessa pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura: _____

Data: __/__/____

Telefone: _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura: _____

ANEXOS

Anexo 1: Carta de anuência

DECLARAÇÃO

1 - A Declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa, referente ao Trabalho de Conclusão de Residência (requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Neonatal), intitulado "A PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO PROTOCOLO DE MÍNIMO MANUSEIO", que será desenvolvido por BÁRBARA ABRÃO DE LIMA, sob orientação da Ms. Talita Nunes dos Santos e coorientação da Ms. Danielle Bonotto Cabral Reis, poderá ser realizado nas unidades de produção da Área de Atenção à Saúde do Recém Nascido – Neonatologia, através da aplicação de questionário para a equipe de enfermagem e consulta aos dados dos indicadores do setor, desde que as seguintes condições sejam cumpridas:

- 1 - A participação consentida, voluntária e a coleta dos dados se iniciem somente após o projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos;
- 2 - Os resultados da pesquisa sejam encaminhados a esta Coordenação e/ou apresentados a equipe, após sua conclusão.

Rio de Janeiro, 12 de abril de 2023.

Atenciosamente,

Karla A. E. S. Pontes
Gestora
Área de Atenção ao RN
FIOCRUZ

Anexo 02: Aprovação pelo CEP

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO PROTOCOLO DE MÍNIMO MANUSEIO

Pesquisador: Danielle Bonotto Cabral Reis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70595523.0.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.167.662

Apresentação do Projeto:

As informações referentes à apresentação do Projeto PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO PROTOCOLO DE MÍNIMO MANUSEIO foram obtidas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2147275.pdf de 16/06/2023).

"Introdução: Frequentemente, o nascimento pode sofrer interferência de questões que causam um parto prematuro. Nesses casos, os riscos de adoecimento do recém-nascido se tornam maiores devido ao incompleto desenvolvimento fetal e maior suscetibilidade às infecções. Além disso, quanto menor a idade gestacional, menos desenvolvido é o organismo desse bebê, necessitando de hospitalização independente de morbidade e condições perinatais. Por conta disso, o recém-nascido pré-termo se depara com muitos procedimentos invasivos e dolorosos já nas primeiras horas de vida, então a equipe multiprofissional empenha-se para evitar contaminações, enfermidades e outros problemas. Apesar desse período ser voltado para fornecer o suporte terapêutico adequado para a adaptação extrauterina, a permanência em uma unidade neonatal pode ser desafiadora. A manipulação excessiva e os procedimentos dolorosos podem acarretar em dificuldade no desenvolvimento sensorial, neurológico e motor. Diante disso, para minimizar essas consequências e atingir uma assistência mais humanizada é fundamental que determinadas posturas terapêuticas sejam adotadas; dentre elas destaca-se o Protocolo de mínimo manuseio que começou a ser implantado nas unidades neonatais com o propósito de reduzir o número a

Endereço: RUI BARBOSA, 716 - Flamengo (Prédio da Genética - Térreo, sala 1)
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@ff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 6.167.662

manipulação do recém-nascido prematuro extremo. (...) Estudo observacional, com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A coleta de dados para este estudo será realizada em dois momentos diferentes. Primeiro será observada a rotina de cuidados empregada aos recém nascidos internados na unidade neonatal e que se enquadram nos critérios do protocolo de mínimo manuseio. Após o período de observação, será aplicado um questionário aos profissionais de saúde que prestam assistência direta aos recém-nascidos."

Objetivo da Pesquisa:

As informações referentes aos objetivos do Projeto PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO PROTOCOLO DE MÍNIMO MANUSEIO foram obtidas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2147527.pdf de 16/06/2023).

Objetivo Primário:

- Verificar a adesão da equipe multiprofissional frente ao Protocolo de mínimo manuseio da Unidade Neonatal de um hospital público no município do Rio de Janeiro

Objetivo Secundário:

- Identificar a rotina de cuidados voltada para os pacientes inseridos no protocolo do mínimo manuseio da UTIN;
- Descrever os fatores que favorecem ou não a efetiva adesão do protocolo de mínimo manuseio pela equipe multiprofissional da UTIN."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações referentes à "Avaliação dos Riscos e Benefícios", foram obtidas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2147527 de 16/06/2023).

Riscos:

Considera-se que existe o risco de quebra de confidencialidade, porém a fim de evitá-la, não haverá a divulgação dos nomes dos participantes da entrevista e códigos alfanuméricos, que somente a equipe de pesquisa terá acesso, serão utilizados para mencionar os entrevistados. Além disso, nenhuma informação será passada a qualquer outra pessoa que não seja membro da equipe de pesquisa.

Benefícios:

O conhecimento acerca da implementação do protocolo de mínimo manuseio favorece uma

Endereço: RUI BARBOSA, 716 - Flamengo (Prédio da Genética - Térreo, sala 1)
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@ff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 6.167.662

assistência de qualidade aos recém-nascidos prematuros, uma vez que evidencia possíveis obstáculos para a sua efetiva adesão.

Academicamente, espera-se que a pesquisa possa ser útil, a fim de demonstrar pontos estratégicos para a preparação de profissionais de saúde que atuam dentro da Unidade Neonatal."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa significativa para a prática da Utl Neo e para a saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1-folha de rosto [ok]
- 2-carta de autorização da(s) chefia(s) de setor(es)/serviço(s) [ok]
- 3-carta do Departamento de Pesquisa -[ok]
- 4-projeto original/brochura do pesquisador - [ok]
- 5-TCLE - [ok]

Recomendações:

A pesquisadora deve observar os prazos e frequências estabelecidos pela resolução 466/12 e NOB 001/13 para o envio de relatórios de modo a manter o CEP informado sobre o andamento da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apresenta os requisitos necessários para aprovação no CEP

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2147275.pdf	16/06/2023 12:32:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CIENCIA.pdf	16/06/2023 12:29:11	Bárbara Abrão de Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16/06/2023 12:28:38	Bárbara Abrão de Lima	Aceito
Declaração de concordância	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	16/06/2023 12:28:13	Bárbara Abrão de Lima	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/06/2023 16:09:13	Bárbara Abrão de Lima	Aceito

Endereço: RUI BARBOSA, 716 - Flamengo (Prédio da Genética - Térreo, sala 1)
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@ff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 6.167.662

Declaração de Instituição e Infraestrutura	REGISTRO_PROJETO.pdf	10/06/2023 16:08:26	Bárbara Abrão de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/06/2023 16:06:50	Bárbara Abrão de Lima	Aceito
Outros	COLETA_DE_DADOS_OBSERVACAO.pdf	26/05/2023 19:48:45	Bárbara Abrão de Lima	Aceito
Outros	COLETA_DE_DADOS_ENTREVISTA.pdf	26/05/2023 19:48:30	Bárbara Abrão de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.docx	26/05/2023 19:46:39	Bárbara Abrão de Lima	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	26/05/2023 19:41:17	Bárbara Abrão de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Julho de 2023

Assinado por:

**Daniella Campelo Batalha Cox Moore
(Coordenador(a))**

Endereço: RUI BARBOSA, 716 - Flamengo (Prédio da Genética - Térreo, sala 1)
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@ff.fiocruz.br