



UFRJ

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Maternidade Escola
Programa de Residência Multiprofissional
em Saúde Perinatal



Juliana Silva da Rocha

A atuação do enfermeiro nos *rounds* de uma unidade de terapia intensiva neonatal visando à segurança do paciente

Rio de Janeiro

2022

Juliana Silva da Rocha

A atuação do enfermeiro nos *rounds* de uma unidade de terapia intensiva neonatal visando à segurança do paciente

Projeto de trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Enfermagem na Saúde Perinatal.

Orientador: MD. Ms. Robson Imbroise e
Coorientador: Enf^a Ms. Wendy Davies.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA



JULIANA SILVA DA ROCHA

A atuação do enfermeiro nos *rounds* de uma unidade de terapia intensiva neonatal visando à segurança do paciente

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Enfermeira Especialista em Saúde Perinatal.

Aprovada em: 09 de Março de 2022.

Me. Robson Imbroise da Silva – Presidente da banca

Me. Priscila Borges de Carvalho Matos – 1º Examinador

Me. Flávia Dias Nogueira Arana – 2º Examinador

Drª. Zorahyde Ribeiro Pires – 3º Examinador

Resumo

Um bom enfermeiro é dotado de inúmeras qualidades, dentre elas está a organização de pensamentos e ideias, boa articulação com toda a equipe multiprofissional e bons *insights* para a resolução de problemas do dia a dia. Em uma unidade de terapia intensiva neonatal, no cuidado de prematuros e bebês com patologias agudas e crônicas, essas qualidades, basicamente, são pré-requisitos. No entanto, a presença de tais profissionais na decisão do plano terapêutico do recém-nascido (RN) em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ainda é um pouco desconhecido, principalmente quando atrelado à participação deste profissional à prática do *round*. Prática esta utilizada para discussão dos casos, interação da equipe multiprofissional acerca de diversos assuntos pertinentes ao cuidado, recuperação e prognósticos dos recém-nascidos, como: dose medicamentosa, volume e tipo de dieta, tipo de cuidados que tal RN necessita. Por diferentes vezes o enfermeiro é o profissional que menos pontua ou mostra suas opiniões e, o maior possuidor de informações acerca do estado geral e minucioso do RN. Tal estudo buscou descrever a atuação e autopercepção do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva neonatal, em como o mesmo dava as suas contribuições em meio à equipe multiprofissional de forma a mostrar que, sua participação e atuação se desse de forma imprescindível e que fizesse falta. Trata-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo, exploratório, realizado em uma UTIN de uma maternidade escola de uma universidade federal.

Palavras-chaves: Enfermeiro; UTIN; Round; Equipe multiprofissional; Rodas de conversas; Enfermeiro na UTIN; Recém-nascido crítico.

LISTA DE QUADROS

- **QUADRO 1:** *tabulação das Unidades de Significação*.....27
- **QUADRO 2:** tabulação das categorias formadas através da coleta das unidades de significação.....29

LISTA DE GRÁFICOS

- **GRÁFICO 1:** *Código de identificação*24
- **GRÁFICO 2:** *função dentro da unidade*.....24
- **GRÁFICO 3:** *conhecem o round do complexo neonatal*.....24.
- **GRÁFICO 4:** *“Acredito que possuo local de fala e que a mesma é levada em consideração durante a decisão do plano terapêutico do RN”*.....25
- **GRÁFICO 5:** *“Acredito minha presença durante os rounds e que minhas contribuições geram inúmeros benefícios no prognóstico do RN”*..25
- **GRÁFICO 6:** *“O espaço físico ocupado por mim durante o round é confortável e não possui associações pejorativas”* 25
- **GRÁFICO 7:** *“Acredito que possuo conhecimento técnico e científico mais que suficiente para debater o plano terapêutico do RN levando em conta a segurança do paciente”*.....26
- **GRÁFICO 8:** *“Acredito que sou o profissional com olhos direcionados para a segurança do paciente na UTIN porque permaneço 24h prestando cuidado”* 26
- **GRÁFICO 9:** *“O round multiprofissional acontece verdadeiramente na UTIN e realmente a fala de todas as categorias têm peso decisório no plano terapêutico no RN”*.....26
- **GRÁFICO 10:** *“Como enfermeiro, possuo papel essencial na construção de novos protocolos e rotina da UTIN quando relacionados à Segurança do Paciente”*27
- **GRÁFICO 11:** *“Por estar mais próximo do RN, acredito que eu seja o profissional que atua como barreira para redução de riscos relacionados à assistência à saúde”*.....27

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 O profissional enfermeiro como principal cuidador do RN/RNPT na UTIN.	12
2.2 A comunicação multiprofissional frente ao cuidado do RN/RNPT na UTIN.	13
2.3 O enfermeiro frente a segurança do paciente na UTIN.	17
3. METODOLOGIA	20
3.1 Tipo de estudo	20
3.2 Cenário do estudo	20
3.3 Participantes do estudo	20
3.4 Procedimentos éticos	21
3.5 Riscos e benefícios	21
3.6 Coleta e análise de conteúdo	22
4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS	24
4.1. <i>Gráfico de identificação dos participantes:</i>	24
4.2. <i>Gráficos em pizza com porcentagens das assertivas:</i>	25
5. DISCUSSÃO:	31
6. CONCLUSÃO:	44
7. BIBLIOGRAFIA	46
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	51
APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados (ICD)	52
APÊNDICE C - Cronograma de atividades	55
APÊNDICE D – Orçamento	56
ANEXO A – Folha de Rosto/ Plataforma Brasil	57
ANEXO B – Carta de Autorização Institucional	58

1. INTRODUÇÃO

Desde a introdução da enfermagem moderna no mundo, a partir de Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia na segunda metade do século XIX, a enfermagem ficou reconhecida como ciência a partir do marco da primeira Teoria de Enfermagem. Esta grande enfermeira e teórica, durante todo o seu trabalho intra-guerra, mostra que além dos grandes avanços científicos existentes, aprimorados e utilizados nos tempos atuais, a enfermagem também merece seu lugar entre os pedestais de glória e reconhecimento (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Partindo do princípio onde temos uma sociedade que pressupõe que todo o poder de conhecimento pode estar concentrado em uma única categoria profissional, é difícil de acreditar que, mesmo em mais de 160 anos de atuação como profissionais reconhecidos, caminhamos tão pouco frente a tantas barreiras e contribuições. No entanto, os avanços e lugares ocupados por enfermeiros vêm aumentando aos poucos e cada vez mais a participação dos mesmos vem sendo muito mais que necessária para o cuidado em saúde. (MAGALHÃES; TAFNER, 2020).

O enfermeiro é o profissional mais adequado quando se fala sobre cuidado. Obtém-se uma gama de estudos que afirmam que este profissional se faz mais que necessário em diversos locais, sendo necessário que também esteja preparado para gerir esta mesma atividade, sabendo gerenciar não só a principal ação, o cuidar, mas também desenvolver as habilidades necessárias para que a sua presença entre os mais diversos serviços seja de grande valia (TREVISO *et al.*, 2017).

. De acordo com o dimensionamento de pessoal esclarecido pela Resolução nº543/2017 e reestruturada em 2018 pelo enfermeiro Antônio Marinho, o profissional enfermeiro gasta 18 horas de serviço por paciente em cuidados intensivos, em um serviço de 24 horas.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é o local onde se encontra grande diversidade de pacientes dentro de uma unidade hospitalar, onde um mesmo paciente, muitas das vezes, pesa menos que 1.000 gramas, possuindo alterações hemodinâmicas e fisiológicas necessitando de um cuidado muito mais especializado (GAÍVA *et al.*, 2017).

Este cuidado especializado se faz extremamente necessário quando a segurança deste pequeno paciente entra em questão. De acordo com Kruschewsky

et al.(2021), a segurança do paciente deve abordar o mínimo de danos causados quando o mesmo é exposto a riscos desnecessários relacionados à interação direta e indireta pela equipe multiprofissional, levando em consideração o que diz a Organização Mundial de saúde (OMS); onde, mesmo havendo esta pequena parcela de risco, devem ser implementadas ações para a melhoria do atendimento fazendo necessário o contínuo treinamento e desenvolvimento das habilidades destes profissionais (vide site OPAS, 2021).

No contexto de segurança do paciente na UTIN, mostra-se necessária a constante atualização e reconhecimento de novas tecnologias em saúde, mostrando para a equipe multiprofissional que o enfermeiro é capaz de fazer parte da tomada de decisões e formador de ações e opiniões acerca do plano terapêutico desse paciente, em sua maioria instável fisiológica e hemodinamicamente, sofrendor de grandes cargas sensoriais e excesso de estímulos sofridos por estes pequenos durante o período de internação (MARSKI *et al*, 2018).

Sabe-se que a ação em que é decidido o plano terapêutico e todas as condutas a serem tomadas acerca de cada paciente ocorre durante o período de “visitas”. Tal prática é chamada de *round*, um termo em inglês, que se refere às discussões sobre todos os pacientes, contando seus precedentes terapêuticos até as últimas atualizações. Esta prática é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma estratégia que visa à melhoria dos resultados dos cuidados em saúde. (BURDICK, AREEBA KARA, EBRIGHT MEEK; 2017).

Gonzalo *et al* (2014) dizem que o *round* é um tipo de cuidado colaborativo interprofissional, onde diferentes profissionais atuam juntos melhorando a qualidade da assistência. Esses autores afirmam que essa junção funciona como uma unidade e atua de diferentes formas: melhorando a comunicação e o ambiente de trabalho, melhorando o cuidado, aumentando potencialmente o processo de trabalho a qual estão submetidos e os resultados esperados pelos pacientes.

Sunkara *et al* (2019) mostram que a separação das decisões das práticas da equipe multiprofissional só traz malefício quando relacionado à segurança do paciente e à família sujeita a tais processos. E que, também, os *rounds* bem estruturados, sendo estes à beira do leito ou não, causam impactos extremamente positivos quando relacionados à prática clínica.

A partir do vivenciado até o momento, a vontade por escolher a unidade de terapia intensiva neonatal para a realização deste estudo se dá por saber que um setor fechado consegue manter os cuidados circulantes e ininterruptos em um paciente crítico. Um recém-nascido (RN) é completamente dependente de cuidados, sejam eles físicos diretos ou prestados a família durante o período de estadia.

O *round* é uma atividade em que todos os profissionais envolvidos no tratamento e cuidado daquele pequeno indivíduo e suas particularidades devem estar presentes, discutindo da melhor forma sobre tais demandas apresentadas por ele (BURDICK, AREEBA KARA, EBRIGHT MEEK; 2017).

Mesmo com tanta fundamentação teórica encontrada na literatura a respeito da importância do enfermeiro frente ao cuidado do RN e, mesmo sendo o maior detentor de informações sobre tais pacientes, o mesmo ocupa um lugar, durante a atividade, que raramente é consultado, não se fazendo ser levado em consideração seu ponto de vista e não sendo incluído pelo restante da equipe multiprofissional como um profissional de grande valor e que valha a pena ser ouvido levando em conta a segurança daquele que necessita de cuidado.

De acordo com o supracitado, os objetivos deste estudo tornam-se mais claros e trazem à tona a realidade do enfermeiro frente ao cuidado e de sua atuação. Este estudo tem como questão norteadora: “Qual a importância da participação do enfermeiro durante os *rounds* de uma unidade de terapia intensiva neonatal visando a segurança do paciente?” Com o intuito de respondê-la, foram traçados alguns objetivos:

- **Objetivo geral:** analisar a atuação do enfermeiro nos rounds de uma UTIN para a decisão do plano terapêutico visando à segurança do paciente;
- **Objetivo específico 1:** identificar os benefícios da participação dos enfermeiros nos *rounds* nas atividades decisórias voltadas para a segurança do paciente;
- **Objetivo específico 2:** Descrever a percepção dos próprios enfermeiros acerca da sua participação nos *rounds* e decisão do plano terapêutico visando a segurança do paciente.

Acredito que este estudo seja de suma relevância para a prática do *round*, onde o enfermeiro possa se tornar valorizado e que se torne uma das referências não só para esta prática, quanto para qualquer outra que envolva o cuidado e gestão. Que este estudo possa ajudar a defender a permanência, valorização e participação do profissional enfermeiro frente ao cuidado multiprofissional especializado do RN durante sua estadia na UTIN. Espero também que seja um instrumento na criação de pensamentos críticos e reflexivos, em que o profissional enfermeiro não seja utilizado apenas como ponto de informações para condutas de outras categorias.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O profissional enfermeiro como principal cuidador do RN/RNPT na UTIN.

Um RN, de modo geral, necessita receber cuidados a todo momento. Quando internado em uma UTIN, tais cuidados tornam-se mais específicos e detalhados, dependendo a todo momento de um cuidador que seja tão especializado quanto sua necessidade. Tal necessidade exige do enfermeiro, além da capacitação técnica e conhecimento científico, um senso de responsabilidade muito grande, determinando em si maneiras distintas de cuidar (SÁ NETO; RODRIGUES, 2015).

Para que tal cuidado seja realizado de forma completa, sem interrupções ou intercorrências, se faz necessário que um plano seja traçado. Oliveira (2019), diz que a ferramenta mais útil e que deve ser utilizada pelo enfermeiro para traçar os planos, deve ser a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); onde, uma SAE bem estruturada é capaz de gerar uma continuidade de cuidado, sendo baseada em todas as necessidades dos pacientes.

Para que tais peculiaridades referentes ao cuidado sejam atendidas e percebidas, é necessário que haja a capacitação dos profissionais que lidam diretamente com o paciente. A fim de que possam perceber, entender e solucionar as mudanças e comportamentos, estabelecendo uma relação de confiança e segurança para o RN e sua família (BRASIL, 2017, p.232).

O cuidado do profissional enfermeiro vai muito além do cuidado com o corpo físico. O profissional enfermeiro é àquele que é capaz de atender as demandas do recém-nascido prematuro (RNPT) de forma geral, compreendendo as suas necessidades enquanto ser humano impossibilitado de se comunicar. É apto a cuidar da família desse mesmo paciente e de muitos outros, acolhendo e interagindo, conhecendo o contexto social, cultural e econômico (SILVA *et al.*; 2020).

De forma geral, a atuação do profissional enfermeiro dentro de uma UTIN, mostra-se de grande importância. Não somente como mão de obra, mas também de forma a ser o profissional com grande competência para atuar de forma prática e mostrando tamanha empatia e humanização no cuidado ampliado acolhendo não somente o RNPT, mas também sua família (SILVA *et al.*; 2020).

Muito mais que prestar assistência, o enfermeiro deve estar sempre se atualizando e buscando realizar suas atividades baseando-se em evidências e com

as atualidades e atualizações. Tais atualizações incluem as mudanças nas mais diferentes tecnologias de cuidado, sendo estas das leves até as mais duras, buscando poder fornecer uma assistência livre de danos e injúrias de forma clara e organizada (BRANCO L.L.W.V; BELEZA L.O; LUNA A.A; 2017).

Pode-se afirmar que o enfermeiro é o profissional que está presente do início ao final da vida, sempre, incessantemente, prestando cuidados. Quando o assunto é fim de vida, ou seja, morte, o profissional enfermeiro tem inúmeras dificuldades de aceitá-la e manejá-la, embora esteja de certa forma “acostumado”, de forma adequada sem se envolver demais emocionalmente, não conseguindo se esquivar mais uma vez do cuidado holístico para com a família (SILVA *et al.*, 2017).

O impacto causado, não somente no RN mas também em sua família, pela assistência do profissional enfermeiro pode tender a dois lados com diferentes opções. Duas opções que podem ser exemplificadas são os lados positivos: causando extremo benefício e prognóstico resolutivo para o RN; e, também, pode tender para o lado negativo, custando a vida (SILVA; SANTOS; AYOAMA; 2020).

O enfermeiro é o agente facilitador de integração do RN com a família, exercendo papel de extrema importância no cuidado ampliado. Silva, Santos e Ayoama (2020) dizem que a atuação do enfermeiro é ímpar quando ocorre o primeiro, sendo importante para informar a família sobre o estado visível do RN, relacionando e explicando o caso com os aparelhos que está conectando, sendo o enfermeiro a mola propulsora de humanização dentro do cenário da terapia intensiva.

Logo, pode-se afirmar que o cuidado do enfermeiro na UTIN ao RN está totalmente ligado a Política Nacional de Humanização (PNH), onde a mesma tem por objetivo tratar o paciente holisticamente, visando seu lado mais humano e tratando não só de sua saúde (SILVA; SANTOS; AYOAMA; 2020).

2.2 A comunicação multiprofissional frente ao cuidado do RN/RNPT na UTIN.

Sabe-se que, para uma assistência de qualidade, faz-se necessário que a comunicação seja o pilar mais alinhado de todo o contexto de prática assistencial. Barbosa *et al* (2020) dizem que o engajamento de toda a equipe permite que os

profissionais se sintam empoderados a participar das discussões e resoluções dos casos, direcionando as ações, atitudes e lugares ocupados por estes mesmo profissionais gerando resultados positivos na segurança dos pacientes.

Barbosa *et al* (2020) enfatizam que o *round* na UTIN é de extrema importância para a resolução dos casos, enfrentamento de ações e tomada de decisão nos planos terapêuticos; e que esta atividade permite que laços de confiança sejam criados e fortificados a cada experiência de troca, sendo um fator imprescindível para a qualidade e segurança prestada para os pequenos pacientes.

A equipe básica de cuidados é formada pelos profissionais de enfermagem, fisioterapia, medicina e nutrição; sendo necessária a conexão constante e o engajamento de tais profissionais. Terra (2015) relata que a comunicação interdisciplinar garante clareza na compreensão, fazendo com que tal junção seja estratégica para a melhoria e continuidade do cuidado, para um trabalho eficiente e sustentável.

No entanto, da mesma forma que a comunicação ajuda, se não for eficaz, efetiva e recorrente dentro da UTIN pode garantir malefícios, e o mais necessitado pode sair prejudicado. A comunicação, não somente durante os *rounds*, pode interferir na forma negativa da atuação da equipe em diversos contextos, sendo considerada fator restritivo pelo avanço do trabalho em equipe e cuidado multicentralizado no paciente (DUTRA NETO, *et al*; 2016).

O *round* multiprofissional gera uma conexão entre tais agentes responsáveis pelo cuidado que vai muito além de monitores em uma unidade de alta complexidade. Visa maior efetividade e segurança do cuidado prestado focando em comunicações mais claras e objetivas; sendo responsáveis, através da comunicação, pela regulação das atividades de autocuidado, implementando ações e práticas educacionais e tendo como produto autonomia e empoderamento do paciente e sua rede de apoio (BARBOSA *et al*, 2020).

Seguindo a linha de pensamento de Barbosa, *et al* (2020), pode-se afirmar que a comunicação está inteiramente conectada com uma forma de cuidar e se atentar às mudanças. A comunicação em si, principalmente em uma unidade de alta complexidade, pode auxiliar no processo de cuidar e desenvolvimento de autonomia, como pode, simplesmente, significar a melhora ou piora do quadro apresentado.

O processo de comunicação não está necessariamente conectado ao ato de produzir sons. A comunicação é um processo em que, dependendo do seu emissor, pode se tornar conturbada, auxiliadora, solucionadora de conflitos e até mesmo, conflitante. A comunicação pode ocorrer por conversas, explicações, entendimento e compartilhamento de mensagens através de meios diferentes da fala (MELO, 2016).

A forma como tais mensagens são enviadas exercem diferentes influências sob o receptor das mesmas e, até mesmo, no emissor. A comunicação em uma unidade hospitalar se dá através da forma falada, através das palavras emitidas por sons, sejam pessoalmente ou atreladas à tecnologia (vídeos/áudios); e, através da forma escrita, em forma de prontuários, receituários, anúncios e protocolos de atualizações de procedimentos (BECCARIA; MENEGUESSO; BARBOSA; PEREIRA, 2017).

Para Beccaria, *et al* (2017), a comunicação pode ocorrer das duas formas supracitadas: verbal e escrita. A forma verbal dentro de uma UTIN pode otimizar o serviço, podendo ocorrer através do *round* multiprofissional, gerando um *brainstorming* por meio de diferentes categorias; uma troca de informações rápidas à beira leito e passagem de plantão das categorias subsequentes. A forma escrita pode ser encontrada, como dito previamente, através dos prontuários com todas as anotações e percepções do paciente a cada 24h por todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar de determinado paciente, gerando uma coletânea de informações que devem ser armazenadas, organizadas e classificadas seguindo um padrão cronológico e lógico, para uma melhor apreciação.

O enfermeiro é o profissional que mais se destaca como detentor das informações relacionadas ao paciente e ao setor que se encontra, atuando como um ponto de articulação de comunicação entre todas as categorias profissionais. Para Santos *et al* (2016), o enfermeiro é a tecnologia mais leve que existe, sendo responsável, não por querer próprio, por fazer circular todas as informações existentes sob diferentes formas de transmissão.

O mesmo autor afirma que, como o enfermeiro é o ponto chave de articulação e circulação de informações sobre o todo, ele é o responsável por fazer com que a comunicação seja efetiva entre a equipe multiprofissional. Presumindo-se que, se a comunicação entre os profissionais vai bem, o cuidado se torna de extrema qualidade, sem retrocessos e com uma equipe integrada.

A equipe multiprofissional atuante na UTIN possui um único objetivo: melhora do RN/RNPT e sua consequente alta hospitalar. Tal objetivo só pode ser atingido através da comunicação efetiva, eficaz e sem falhas durante todo o processo de internação, tratamento e alta do bebê (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

No entanto, por mais que na maioria das vezes a equipe esteja em plena sintonia, os conflitos podem aparecer e podem ser muito difíceis de serem solucionados. Tais dificuldades se tornam possíveis por conta da convivência, opiniões contrárias de um grupo e, até mesmo, por próprio ego. Isso pode fazer com que a desejada relação harmoniosa entre todos desapareça de forma rápida, atrapalhando o processo de trabalho de todos e, assim, afetando o objetivo principal (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Estes autores afirmam que outros problemas são enfrentados pela equipe multiprofissional para uma comunicação efetiva, baseando-se na diversidade da formação dos diferentes profissionais atuantes e dificuldades de comunicação entre a mesma categoria profissional ou com outras categorias, fazendo com que a criação de um canal efetivo de comunicação, que é o desejável, não seja planejada, implementada ou funcional.

Gonçalves, Rocha, Anders, Kusahara e Tomazoni (2016) relatam que outro problema importantíssimo relacionado à comunicação deficiente entre a equipe de enfermagem é a passagem dos casos durante as trocas dos plantões. Foi percebido que as informações de suma importância eram abandonadas, ou então não eram transmitidas com clareza para o outro profissional a receber o plantão ou então não compartilhadas com a equipe multiprofissional.

No entanto, estes autores conseguem afirmar que a passagem de plantão é falha em alguns momentos, não somente por conta da equipe de enfermagem. Afirmam que a passagem de plantão e o fluxo de informações é interrompido pela equipe multiprofissional querendo informações, não respeitando o momento da passagem de plantão, conversas paralelas entre os profissionais e, também, saídas adiantadas ou atrasadas das trocas de turno.

Com base nestes estudos, consegue-se entender que a comunicação em uma UTIN se faz completamente necessária, por se tratar de uma unidade com pacientes de diferentes complexidades. Contudo, quando essa comunicação entre os profissionais não ocorre de forma clara ou quando algum conflito entre esses

mesmos profissionais ocorre, não existe o funcionamento do plano terapêutico para qualquer RN da UTIN.

2.3 O enfermeiro frente a segurança do paciente na UTIN.

A segurança do paciente é compreendida através de estratégias usadas pela equipe multiprofissional para evitar que danos, significativos ou não, ocorram ao paciente exposto ao cuidado, ou que estes mesmos danos sejam classificados como mínimos. Tais ações geram inúmeras discussões com temas relacionados à promoção da qualidade de assistência, promoção de segurança e qualidade de assistência após a exposição em um documentário norte-americano, trazendo à tona mais de 2.000 tipos de riscos sofridos pelos pacientes (SOUSA FCP, MONTENEGRO LC, GOVEIA VR, CORRÊA AR, ROCHA PK, MANZO BF; 2017).

Os mesmos autores relatam que, em uma UTIN, os RN estão mais suscetíveis a serem submetidos a danos e que sua segurança é colocada em risco a cada procedimento. Isto se dá pelo fato de o RN ter sua regulação fisiológica e hemodinâmica constantemente instável, fazendo-se necessário um reajuste de seus cuidados e intervenções por toda a equipe multiprofissional.

O enfermeiro exerce um papel fundamental e insubstituível no que tange a segurança do paciente, assistência de qualidade e de todos os processos incluídos. De acordo com a resolução nº0564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), é responsabilidade do enfermeiro prestar uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência; devendo então garantir segurança, prestando informações adequadas à pessoa e sua família sobre os direitos, intercorrências, benefícios e malefícios acerca da assistência de enfermagem.

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do paciente por meio de duas portarias. Brasil (2013A e 2013B) institui que por meio da equipe de enfermagem novos protocolos voltados para a segurança do paciente sejam criados. Dentre estes estão: protocolos de prevenção de lesão por pressão, prevenção de risco de queda, prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde, segurança no preparo e administração de medicações.

Neste mesmo programa, o MS, faz as seguintes definições no artigo 4º:

“[...]I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;II - dano:

comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização [...]”.

De modo geral, é sabido que o profissional enfermeiro possui total competência para gerir uma equipe multiprofissional, sendo formado para se tornar crítico reflexivo e responsável. Um estudo realizado por Notaro KAM *et al* (2019) mostra que, no âmbito multiprofissional, incluindo os técnicos de enfermagem, o enfermeiro é o profissional que mais se destaca dando atenção à questão da segurança do paciente na UTIN. Sendo sabido por todos que o enfermeiro se destaca pelo cuidado seguro, reflexivo e de inclusão familiar e multiprofissional não somente dentro da UTIN, mas em todos os tipos de atenção à saúde.

Neste mesmo estudo, tais autores afirmaram que o estímulo, comprometimento e compreensão dos profissionais atuantes da equipe multiprofissional são capazes de mudar o cenário atual, reduzindo os riscos e possíveis eventos de margem negativa para o paciente. Para o profissional enfermeiro, tais atividades devem apenas ser aperfeiçoadas, pois este é o profissional que mais se destaca, se preocupa e mobiliza a todos frente a segurança do paciente.

A segurança do paciente é definida por diferentes profissionais como a redução do mínimo aceitável de danos ao paciente ou do risco desnecessário e até mesmo a redução da exposição do risco. Pensando neste ponto, Noletto e Campos (2020) descreveram que enfermeiros atuantes em uma UTIN foram capazes de desenvolver estratégias visando a garantia da segurança do RN/RNPT na UTIN. Estes mesmos autores trazem, em seu estudo, a afirmação que a comunicação efetiva dentro da UTIN é de suma importância para um cuidado centrado, com o mínimo de exposição à riscos. Logo, pode se afirmar que o enfermeiro, possuidor da maior gama de informações e atribuições dentro da UTIN, é o profissional com a maior responsabilidade técnica, afetiva, e de elo entre a equipe multiprofissional, não devendo ser excluído ou esquecido durante as trocas de informações.

Um RN exige um maior detalhe e atenção dos seus cuidadores, principalmente RNs alocados em uma UTIN, sendo por somente observação por um curto período, ou então para uma longa permanência. Estes pacientes estão mais expostos a riscos por terem seu sistema fisiológico e seus órgãos vitais ainda em desenvolvimento, que podem prejudicar a sua segurança por necessitarem de assistência mais especializada e, quando tal assistência não atende as necessidades desses bebês, ocorre o aumento da morbi-mortalidade dentro da UTIN (TOMAZONI *et al*; 2017).

Tomazoni *et al* (2017) afirmam em seu estudo que a segurança do paciente também deve ser inserida no custeio financeiro institucional, visto que capacitar um profissional deve contar como um investimento para a instituição prestadora de serviço, oferecendo uma assistência segura que faça parte da rotina do cuidado e do trabalho da equipe multiprofissional.

Em uma busca no *Google* sobre os procedimentos invasivos mais praticados por enfermeiros em uma UTIN, observou-se a prática de inserção do cateter central de inserção periférica (PICC) e cateterismo umbilical venoso (o cateterismo umbilical arterial é realizado pelo profissional médico). Concordando com Tomazoni *et al* (2017) que a especialização do cuidado demanda tempo, dinheiro e comprometimento, para um enfermeiro realizar tais procedimentos, este deve se especializar com cursos de capacitação e habilitação, o que demanda dinheiro com uma média de R\$ 2.000,00 (vide site da Instituição de Ensino Einstein).

Pode se perceber a partir do texto acima que, para ter um cuidado especializado, de qualidade e uma assistência sem falhas, se faz necessário investimento. Então, um enfermeiro para prestar seu cuidado, sempre se preocupando com a segurança do paciente em uma UTIN, deve demandar um orçamento mais alto do que possui, de acordo com o piso atual da categoria de enfermagem, para que se torne referência na unidade em que presta serviço e, também, para um paciente tão pequeno e indefeso.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa quantitativa pode ser definida como uma forma a se aproximar dos participantes dos trabalhos, tratando de assuntos específicos e diretos através dos dados coletados em forma de números ou respostas fechadas, onde não há a possibilidade de variação. Na pesquisa qualitativa, consegue se chegar mais próximo da realidade através das diferentes formas de interpretação por meio dos dados variáveis e da abordagem empírica e da vivência dos diferentes públicos. A abordagem quali-quantitativa trata de aproximar o leitor de forma direta através dos dados, mas correlacionando-os às mais variadas formas de pensar e dos diferentes tipos de experiências e respostas pela interpretação de dados coletados abertamente (ANDRADE; NAKAMURA; PAULA, 2011).

3.2 Cenário do estudo

O estudo em questão foi realizado em uma unidade neonatal, composta por UTIN tipo II, Unidades de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), de uma maternidade pública federal, situada no município do Rio de Janeiro. Conta com a infraestrutura para acomodação e tratamento de recém-nascidos críticos de baixa, média e alta complexidade com 26 leitos, onde 16 são de UTIN tipo II, 04 do tipo UCINCa e 06 do tipo UCINCo.

3.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo enfermeiros neonatologistas, enfermeiros perinatologistas e enfermeiros generalistas atuantes na UTIN. Foram excluídos deste estudo os residentes de enfermagem, por não terem bagagem profissional fora a residência e outra atuação mais profunda em nenhuma outra unidade de terapia intensiva neonatal; os profissionais que se encontravam de licença médica; os profissionais que estavam de licença sem vencimento ou qualquer outro tipo de afastamento. Foram convidados à participar um total de 18 enfermeiros, com um total de 17 participantes. Todos os enfermeiros, atuantes da UTIN foram convidados à participar deste estudo. Atendendo ainda a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, será mantido total anonimato para os participantes, contando também com o

Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido TCLE (Apêndice A), uma vez que foram coletadas informações sobre suas atuações e responsabilidades na unidade. (BRASIL, 2021).

A justificativa para apenas o enfermeiro ser escolhido para pesquisa, é que o trabalho irá avaliar a percepção do próprio enfermeiro sobre a sua participação na tomada de decisões do plano terapêutico do paciente, no caso, do bebê na UTIN.

3.4 Procedimentos éticos

Foi solicitada ao Comitê Gestor autorização para a realização do estudo na unidade envolvida, e um termo de ciência através do documento Carta de Anuência da Unidade (Apêndice E) direcionada à chefia do serviço atuante, que participou deste estudo.

O presente Projeto de Pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética da maternidade em questão para a sua apreciação e consentimento para a realização do estudo. Foi aprovado sob o parecer de número 52403221.0.0000.5275.

De acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013, p. 59), todos os projetos de pesquisa que envolvem os seres humanos devem:

“Incorporar, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”.

3.5 Riscos e benefícios

A pesquisa oferece riscos relacionados a participação dos sujeitos, no entanto, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo pessoal. Como o estudo em questão foi abordado por meios eletrônicos e uso da rede, existe uma mínima possibilidade de vazamento de dados, porém, como está sendo realizado em apenas um *notebook*, de uso pessoal desta autora, intransferível e com uso de senha, este risco é mínimo, quase zero absoluto. Outro risco que oferece é a exposição dos dados em uma possível publicação em periódicos/artigos de revista reconhecimento dos participantes por suas respostas oferecidas durante a realização do trabalho. Os benefícios diretos serão o conhecimento sobre o tema e

a contribuição para a segurança do paciente, importância do enfermeiro frente ao cuidado, autonomia do profissional enfermeiro no cuidado prestado ao RN e sua família. O indireto é estimular outros profissionais a desenvolver pesquisas com a temática. Ao final do presente estudo, é esperado trazer também o benefício da melhora da prática de enfermagem, relacionamento multiprofissional não somente na unidade estudada, como também para outras instituições de saúde que contem com uma UTIN.

3.6 Coleta e análise de conteúdo

A coleta dos dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2021, após autorização pelo CEP.

A coleta de dados ocorreu através de um formulário do *Google Forms* com perguntas abertas e fechadas, dividido em duas partes: na primeira parte constou informações sobre o perfil profissional dos entrevistados e na segunda parte do formulário, estão incluídas afirmativas em uma escala tipo Likert com vistas a identificar e analisar a participação dos enfermeiros nos *rounds* como principal cuidador do RN na UTIN e fazendo parte do plano terapêutico dos RNs. Esse formulário foi enviado somente após anuência ao TCLE, através de um link de *WhatsApp* ou e-mail para os participantes do estudo.

O perfil profissional foi investigado a partir de perguntas diretas. Na segunda parte, a coleta de dados foi realizada através de frases assertivas com respostas premeditadas de cinco opções, variando de “discordo totalmente”, quando o entrevistado não concordar com descrito, a “concordo totalmente” caso o mesmo não tenha nenhum tipo de dúvidas e concorde com a assertiva e, em cada assertiva um pedido de justificativa breve da resposta gerando dados qualitativos da pesquisa.

O uso de formulários de pesquisa na modalidade proposta por Likert (1932) possibilita a sistematização e descrição dos dados coletados para além do nível do senso comum e do subjetivismo, sob uma vigilância crítica do comunicado e dados coletados. Esta escala, possibilita e facilita o trabalho de interpretação e de atuação dos entrevistadores, visando emitir um grau de discordância e concordância sobre qualquer afirmativa (JÚNIOR; COSTA, 2014).

A análise de conteúdo foi feita na modalidade proposta por Bardin, que possibilita a sistematização e descrição dos dados coletados para além do nível do senso comum e do subjetivismo, sob uma vigilância crítica do comunicado, seja em

documentos, seja em textos literários, entrevistas, dentre outros. Especificamente a modalidade temática volta-se à descrição do conteúdo das mensagens por indicador temático, com atenção às percepções manifestas acerca de objetos e seus fenômenos, busca a unidade de significação, o tema (BARDIN, 2011; MINAYO, 2012).

A análise de conteúdo temática:

“[...] comporta um feixe de relação e pode ser graficamente representada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo.”
(MINAYO, 2012, p. 315).

O processo analítico foi estruturado em 03 etapas. Pré-análise: etapa na qual se desenvolve leitura flutuante do conjunto de material, derivado das respostas das assertivas, com o intuito de exploração do material e dos elementos categoriais que estão em evidência; exploração do material ou codificação: momento no qual se busca o estabelecimento das categorias, entendidas como expressões ou palavras significativas tradutoras do conteúdo presente, que se processa a partir da classificação e a agregação dos dados expostos com “justifique”; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na última etapa ocorrem inferências e interpretações no intuito de inter-relacionar os achados das fases anteriores com o quadro teórico do estudo (BARDIN, 2011).

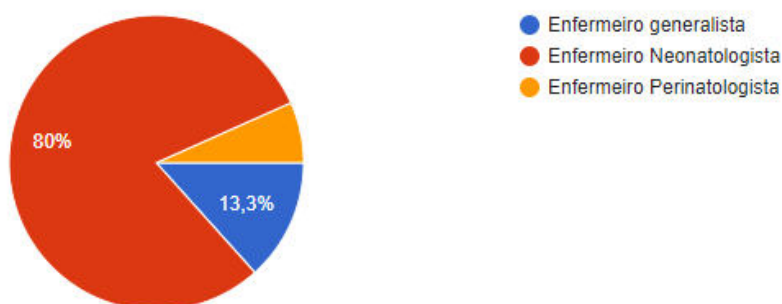
A abordagem quantitativa da pesquisa coube fortemente de base para agrupamento dos dados em uma planilha do tipo *Excel*, gerando quantidade de dados para agrupar e classificar as categorias formadas a partir das respostas das assertivas; para Santade (2020) a pesquisa quantitativa faz uso de técnicas matemáticas e estatísticas de forma intensa e relaciona variáveis, colocando em prova o impacto causado pelo objeto de estudo em questão.

4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

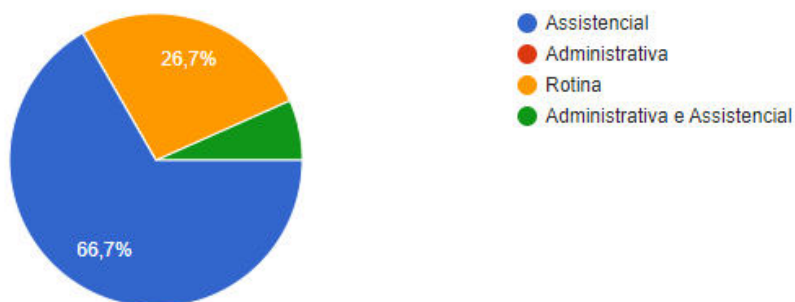
Para a análise de conteúdo do instrumento de coleta de dados, foi realizada uma leitura eficiente e sistemática seguindo o modo de pesquisa qualitativa já apresentado acima. Foram então selecionados os assuntos que mais se relacionavam e se repetiam através da leitura incisiva nos momentos em que se requisitava a justificativa das respostas das assertivas e, posteriormente, obteve-se a identificação e sistematização dos temas/unidades de significação apresentadas a seguir. Obteve-se um total de 15 participantes com total de 15 respostas em cada solicitação para justificativa de respostas das assertivas.

4.1. Gráfico de identificação dos participantes:

4.1.1. Código de identificação:



4.1.2. Função dentro da unidade:

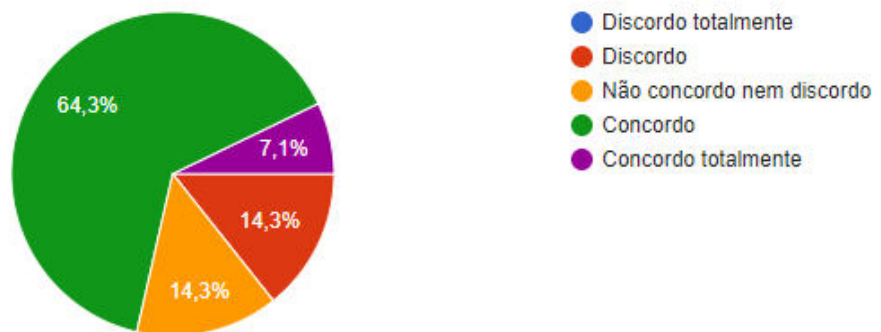


4.1.5. *Conhecem o round do Complexo neonatal:*

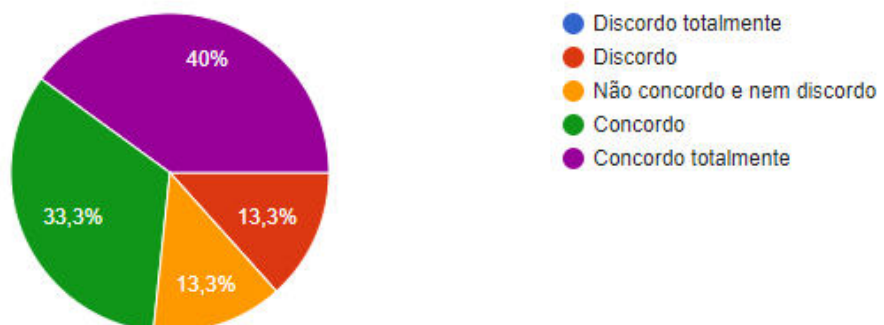


4.2. Gráficos em pizza com porcentagens das assertivas:

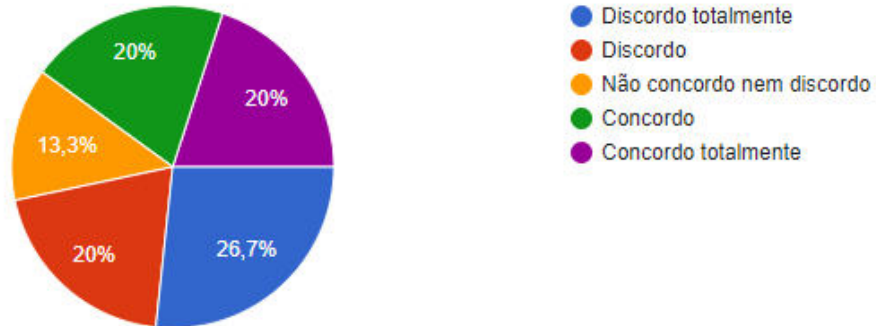
1. *“Acredito que possuo local de fala e que a mesma é levada em consideração durante a decisão do plano terapêutico do RN”*



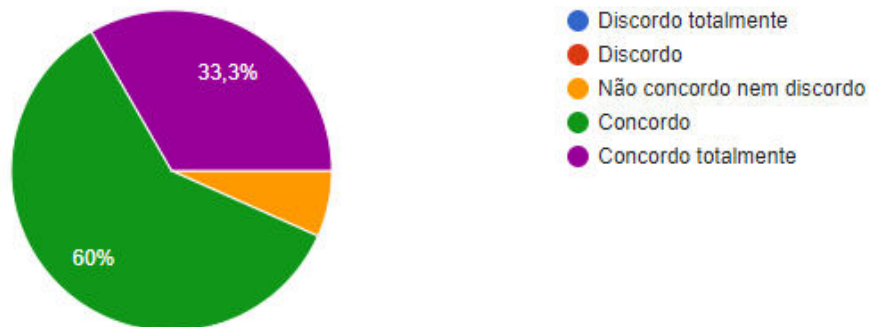
2. *“Acredito minha presença durante os rounds e que minhas contribuições geram inúmeros benefícios no prognóstico do RN”.*



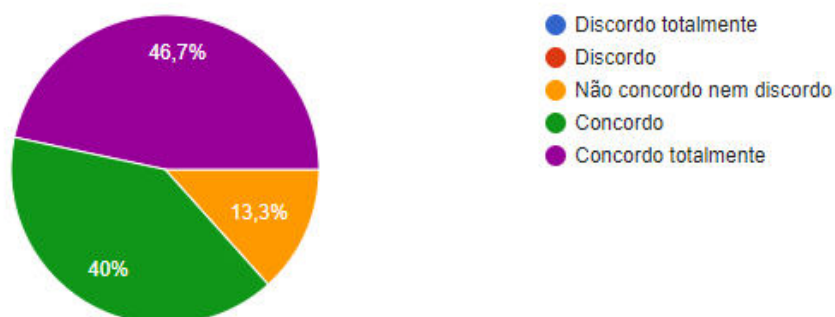
3. *“O espaço físico ocupado por mim durante o round é confortável e não possui associações pejorativas”.*



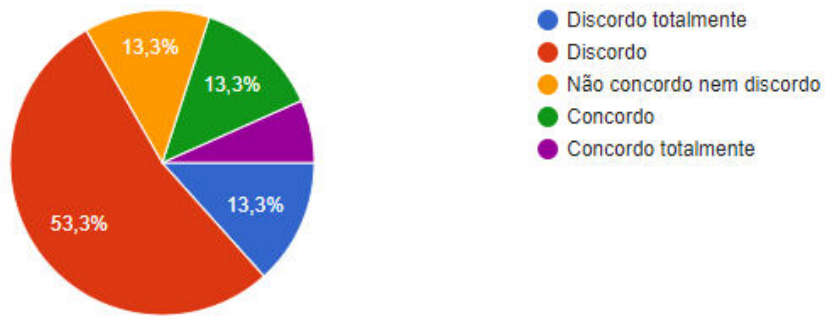
4. *“Acredito que possuo conhecimento técnico e científico mais que suficiente para debater o plano terapêutico do RN levando em conta a segurança do paciente”.*



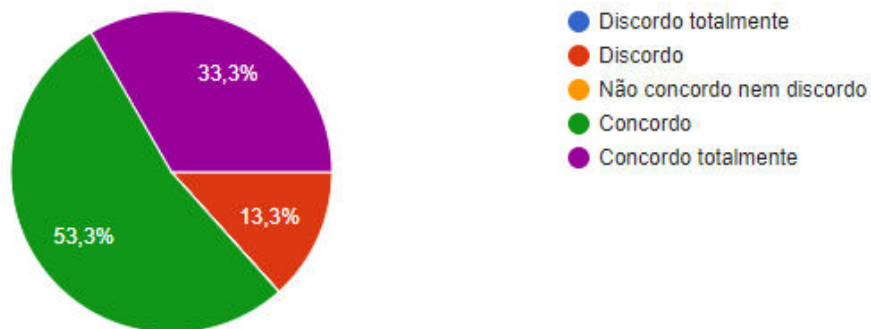
5. *“Acredito que sou o profissional com olhos direcionados para a segurança do paciente na UTIN porque permaneço 24h prestando cuidado”.*



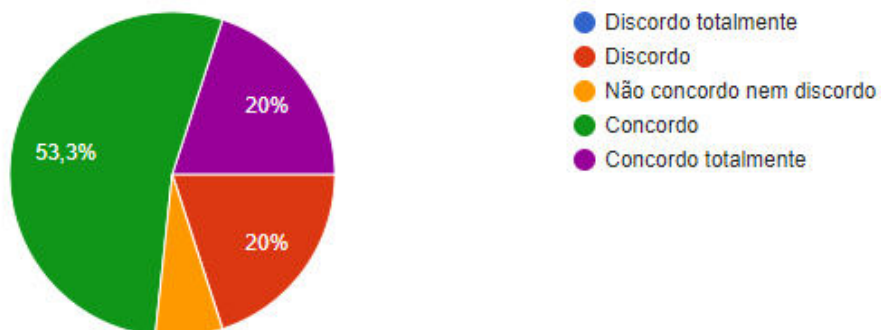
6. *“O round multiprofissional acontece verdadeiramente na UTIN e realmente a fala de todas as categorias têm peso decisório no plano terapêutico no RN”.*



7. *“Como enfermeiro, possuo papel essencial na construção de novos protocolos e rotina da UTIN quando relacionados à Segurança do Paciente”.*



8. *“Por estar mais próximo do RN, acredito que eu seja o profissional que atua como barreira para redução de riscos relacionados à assistência à saúde”.*



4.3. Quadro 1: tabulação das Unidades de Significação:

Código da unidade de registro (C.U.R)	Temas/ Unidades de significação (T/U.S)	Total das unidades de registros (T.U.R)	Total de participantes (T.P)
1	Fala do enfermeiro não é levada em consideração	9	15
2	<i>Round</i> liderado pela equipe médica	2	15
3	Enfermeiro nem sempre considerado	6	15
4	Enfermeiro se considera importante para melhora de prognóstico de RN's	8	15
5	Somente equipe médica se senta à mesa	4	15
6	Espaço inadequado/pequeno para toda equipe multiprofissional	6	15
7	Enfermeiro possui conhecimento técnico/científico adequado	11	15
8	Considera a experiência como qualidade no cuidado prestado	3	15
9	Considera o enfermeiro como o primeiro cuidador e como identificador de alterações	8	15
10	Enfermeiro não é o único a prestar cuidados	4	15
11	Toda a equipe multiprofissional é responsável pela segurança do paciente	10	15
12	<i>Round</i> não acontece dentro do complexo neonatal a beira leito	7	15

13	Muitos profissionais não têm sua fala considerada	5	15
14	Categorias não médicas atuam como coadjuvantes ou figurantes na decisão do plano terapêutico	2	15
15	Decisão terapêutica voltada completamente para os profissionais médicos	8	15
16	Enfermeiro atua como barreira de prevenção de danos ao RN	3	15

4.4. Quadro 2: tabulação das categorias formadas através da coleta das unidades de significação:

Temas	Somatório das % U.R	Categorias
1, 2, 5, 14, 15, 16	50,5	<i>Centralização de decisão do plano terapêutico em uma única categoria profissional</i>
6, 7, 11, 12, 13	41,41	<i>A Segurança do paciente como dever de toda a equipe multiprofissional</i>
3, 4, 8, 9, 10	32,32	<i>A atuação e expertise do enfermeiro sendo levada em consideração nos rounds como principal cuidador e sua autonomia prejudicada relacionada ao cuidado direto</i>

*A porcentagem das unidades de registro (U.R) foram calculadas da seguinte maneira: a soma de todas as U.R divididas por 100; este resultado, logo se tornando a variável, dividido por cada U.R, gerando a porcentagem de cada tema e, assim, agrupados com cada categoria.

5. DISCUSSÃO:

A partir da definição dos temas/ unidades de significação, foi possível agrupá-los em três categorias e subjugá-los:

1. *Centralização de decisão do plano terapêutico em uma única categoria profissional;*
2. *A Segurança do paciente como dever de toda a equipe multiprofissional;*
3. *A atuação e expertise do enfermeiro sendo levada em consideração nos rounds e como principal barreira de prevenção de danos no cuidado direto ao RN.*

- ***Categoria I: Centralização de decisão do plano terapêutico em uma única categoria profissional:***

Para definição desta categoria, foram agrupados os temas: **1, 2, 5, 14, 15, 16**. Onde, em diferentes falas de diferentes entrevistados, deixa bem claro que a autonomia da categoria médica é grande e não existem barreiras e, que, mesmo com todas as categorias dando diferentes opiniões, no final, sempre prevalece o “querer” da equipe médica. Tal categoria pode ser justificada através da fala de um entrevistado, que diz: “[...] *mas o poder de decisão da terapêutica fica a cargo da equipe médica*”; ou então em: “*Somente a fala do médico tem peso*”.

A centralização do poder nas mãos do profissional médico gera uma disputa acirrada e desnecessária entre os demais profissionais, como enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia etc. Visto que a medicina não possui conhecimento específico sobre todos os tipos de assistência, gera assim uma possível maior condição de erro e danos ao paciente. Quando isso é colocado ao recém-nascido

crítico, e até mesmo ao recém-nascido prematuro, todas as questões se tornam exageradamente mais cautelosas e mais perturbadoras, pois qualquer deslize, por menor que seja, pode ser fatal. Tal costume, pode gerar inúmeros malefícios ao Sistema Único de Saúde (SUS), gerando prejuízo por ter como modelo principal a atuação multiprofissional, pelo motivo de maiores preocupações com as perdas no trabalho em equipe, por conta de crescimento desenfreado do ego médico e, não incisivamente, diminuição da atuação das outras categorias profissionais envolvidas no cuidado de qualquer faixa etária e necessidade de pacientes.

Algumas ações, como o próprio *round* não ser à beira leito, como deveria acontecer, prejudica a atuação de muitas categorias. Algumas falas durante as entrevistas mostraram que o *round*, muitas vezes, tem início sem a presença de todas as categorias, somente com a equipe médica “[...]muitas vezes iniciando sem todos os participantes da equipe multiprofissional [...]”, e que quando necessitavam de alguma informação, se levantam, buscam essa informação e não se comunicam de maneira efetiva.

Algumas falas dos entrevistados evidenciam esta prática quando dizem que o *round* se dá através da “Sala dos médicos” e, que todos da categoria médica, sejam *staffs*, residentes ou até mesmo acadêmicos de medicina, se sentam à mesa e as demais categorias se sentam ao redor, em colchões, se agrupando e acomodando como podem e conforme o espaço físico suporta “[...]Super desconfortável. As vezes não tem almofadas e fico com as costas na parede. Fora que muitas vezes o *round* é feito na hora do almoço[...]”. Isso gera, não de propósito, uma discrepância enorme entre a categoria médica e as demais. “Os locais de acomodação do *round* são

desiguais. Nem todos têm lugar à mesa, literalmente. Em geral à mesa sentam-se os staffs e residentes de medicina, e à margem os profissionais das demais categorias, o que reforça a centralização na equipe médica”.

Outro grande fator a ser considerado é o de não consideração de fala de toda a equipe multiprofissional. Sabe-se que a cultura brasileira de “endeusar” a fala da categoria médica e não levar em consideração a fala dos outros profissionais vai além dos muros de uma instituição de saúde e chega a afetar lares de pacientes. No entanto, tais ações se tornam extremamente prejudicial quando colocados no *round*, que deveria ser uma roda de trocas de decisões e avaliação da melhor abordagem para determinado paciente com as falas de todos os atuantes no processo de recuperação.

A partir das entrevistas, algumas falas foram extremamente bem colocadas através dos enfermeiros sobre tal ação: a não valorização da equipe multiprofissional e “hipervalorização” dos “doutores” em casos complexos, em que se faz necessária a atuação de todos “[...] *O round é liderado pela equipe médica e eles são os tomadores de decisão*”. “[...] *acredito que a equipe médica não considera a equipe de enfermagem ou qualquer outra do hospital que não a equipe médica, como participação indispensável no mesmo, muitas vezes iniciando sem todos os participantes da equipe multiprofissional*”.

Como integrar uma equipe se somente uma categoria profissional concentra todo o poder de decisão? Tais inquietações me levaram a realizar este estudo e saber de outros enfermeiros quais as suas opiniões e, através dos dados coletados, pude perceber que não se trata somente de uma inquietação minha. Vários colegas

compartilham o mesmo sentimento de incapacidade de tomar decisões e muitas vezes são interpelados, tendo suas opiniões deixadas de lado.

Acredito que seja de extrema importância ressaltar ao final desta explicação de categorização que, em nenhum momento, a intenção deste trabalho foi criticar diretamente ou intencionalmente a categoria médica. Esta categoria é apenas fruto das respostas de distintos profissionais que atuam diariamente em uma unidade de terapia intensiva neonatal e convivem com os mais diversos tipos de profissionais médicos. Porém, algo deve ser tirado de extrema importância: o atual modelo de discussão de casos e de tomada de decisão deve ser mudado.

- ***Categoria II: A segurança do paciente como dever de toda a equipe multiprofissional:***

Para a discussão, construção e explicação desta categoria, foram agrupados os seguintes temas: **6, 7, 11, 12**. Por muitos entrevistados, por mais que as entrevistas fossem individuais e anônimas, a resposta para segurança do paciente foi a mesma: a enfermagem não é a única que deve se preocupar com a segurança do paciente.

Então, por qual motivo sempre é a equipe de enfermagem responsável por gerar um maior número de protocolos assistências e fluxos de trabalho para que haja o menor dano e menor exposição de risco possível ao paciente? E sabe-se que, menor o paciente, maior o risco de possível erro e danos a que este é exposto. Alguns entrevistados afirmaram que se preocupam demais com a questão de outras

categorias não prestarem tanta atenção a tais ações e que a equipe de enfermagem, por estar 24 horas à beira do leito e tendendo a prestar maior atenção aos pacientes, é responsável pela criação de protocolos e fluxos de atendimento: *“O enfermeiro deve participar da formação de novos protocolos de segurança do paciente por ser profissional qualificado para tal e pelo tempo de permanência diária à beira-leito”*.

Mas, no que tange a segurança do paciente e o dever de todos os prestadores de serviço, do médico à lactarista, todos devem agir segundo protocolos e fluxos organizados e planejados, onde tais condutas devem ser tratadas e arrançadas por toda à equipe multiprofissional. Logo, pergunta-se: por qual motivo somente os enfermeiros prestam uma maior assistência quando o assunto é construção de condutas voltadas para a segurança do paciente? Pois prestam cuidados ininterruptos por basicamente 24 horas por dia? Isto não se encaixa como resposta adequada.

Por mais que os enfermeiros e toda a equipe de enfermagem permaneçam ao lado do RN crítico ou não crítico o tempo todo, não deve ser considerado ação exclusiva desta categoria, visto que toda a equipe multiprofissional presta até a mínima assistência possível: *“Concordo que o enfermeiro tenha uma enorme função na barreira de redução de riscos, porém não deve ser considerado o único profissional responsável por isso”*, ou então: *“Concordo ser um dos profissionais que precisam atuar como barreira para minimizar os riscos para o paciente, porém toda equipe multiprofissional é responsável igualmente”*.

Por maior que seja o tempo de assistência prestada pela equipe de enfermagem, o tempo de exposição a erros e dificuldades também se torna maior: *“A equipe de enfermagem não é a única dentro de uma unidade, porém é a maior, o que nos coloca em uma situação de exposição também maior. Todos nós, profissionais de saúde, temos que nos mobilizar em função da melhor assistência prestada e respeitarmos uns aos outros [...]”*

Uma equipe multiprofissional, por possuir uma distinção de categorias, também deve possuir ações distintas. É impossível que um nutricionista consiga agir como um enfermeiro; são atuações distintas desde o primeiro dia de formação. Todavia, assim como um enfermeiro tem a capacidade de desenvolver ações de controle e barreiras, qualquer outro profissional também pode. As questões administrativas ficam extremamente cansativas quando colocadas somente como responsabilidade de uma única categoria, com o enfermeiro e a equipe de enfermagem a enfermagem atuando como principal construtor de tais ações preventivas para toda a equipe multiprofissional, enquanto as outras ficam apenas a cargo das suas atribuições profissionais. *“[...] Acredito que toda a equipe multiprofissional é capaz de agir dentro de sua competência, visando impedir os riscos relacionados à assistência à saúde”; “[...] todos os profissionais que prestam assistência ao RN devem atuar como barreira para a redução de riscos”.*

Outro ponto muito marcante durante as entrevistas e que foi diversas vezes pontuado nas respostas é: um *round* que acontece fora da UTIN. As demais categorias costumam “passar visitas” no período da manhã e depois cada um segue seu fluxo de trabalho fora da UTI e, somente adentram a unidade quando

interpeladas pela equipe de enfermagem ou atuando conforme sua rotina de cuidados. Mas, de acordo com diferentes estudos abordados neste trabalho, ficou claro que o *round* só é mesmo um *round* quando ocorrido à beira leito com todas as categorias ou, pelo menos, um representante de cada categoria profissional prestadora de cuidado está presente (Sunkara *et al*; 2019).

O que ocorre se, em um dia específico, somente um enfermeiro esteja de plantão na UTIN, e o mesmo se encontre impossibilitado de se ausentar do setor para estar presente no *round* que ocorre em uma sala com conforto de uma categoria específica? “[...] *O round não acontece na UTIN. Acontece num espaço fora do setor, e assim como o seu local de realização, a discussão é conduzida e dominada pela medicina [...]*”.

Na atual conjuntura, estamos enfrentando uma pandemia pelo novo coronavírus, incapacitando profissionais de irem trabalhar caso se contaminem, mesmo depois de vacinados, pela grande capacidade de transmissibilidade e contaminação do vírus. Caso isto ocorra e somente um enfermeiro esteja a cargo do plantão, o mesmo deve ficar de fora das decisões e novidades acerca do estado geral de seu paciente, pois o ato que discorre e discute sobre o estado geral do bebê ocorre fora do setor que deveria ser? “*O round acontece em um ambiente externo pertencente a Unidade Neonatal, e não a beira leito [...]*”.

Tal ação, além de beneficiar a categoria que já ocupa este espaço por comodidade, atrapalha a rotina de cuidados de afazeres das demais categorias, principalmente do enfermeiro, que além de deixar seus afazeres diários, deixa de

prestar atenção em fatores que podem ser cruciais voltados para a segurança do bebê dependente de cuidados especializados (Kruschewsky et al; 2021).

Para que se tenha um cuidado realmente multiprofissional, a fala de todos os envolvidos deve ser ouvida e alocada em cada situação específica, assim como a ordenação e confabulação de ideias que possam ser benéficas ou não para o paciente e sua família. Muitos entrevistados levantaram a questão de não se sentirem valorizados em relação às suas falas e contribuições durante o *round*, não somente pela categoria médica, mas também pela nutrição, fisioterapia e psicologia, fonoaudiologia, serviço social e todas as categorias que forma a equipe multiprofissional (GONZALO, *et al*; 2014).

Um enfermeiro e um técnico de enfermagem têm uma grande capacidade de avaliar se o bebê está recebendo a dieta corretamente e a forma como essa dieta poderá ser administrada pois são estes profissionais que a ofertam. Ainda assim, se um técnico de enfermagem sinaliza para o enfermeiro alguma intercorrência e este toma a decisão de realizar alguma mudança momentânea, naturalmente é questionado de forma hostil e nada amigável por outras categorias por qual motivo o mesmo mudou, ou de forma a entender qual foi o problema que o levou a efetivar a tal necessidade de mudança.

Tais ações hostis possuem impacto direto na percepção do próprio profissional de enfermagem, no caso o enfermeiro, se o mesmo realmente possui capacidade para agir em situações que necessitam de pensamentos e respostas rápidas para a resolução de certas situações. *“Temos lugar de fala, embora não seja totalmente considerada em situações específicas[...]”*; *“Acredito que somos*

considerados quando colocamos questões pertinentes durante o round, porém, por vezes, não somos ouvidos[...]; “[...]nem sempre as considerações são incluídas no plano terapêutico”.

Entre as respostas, algumas falas realmente geram grandes choques e incômodo para o leitor. A questão da fala específica do profissional enfermeiro não ser levada em consideração para a decisão de qualquer tipo de cuidado multiprofissional dentro da UTI neonatal. Como um cuidado pode ser multiprofissional, se nem todas as categorias, especificamente a categoria que está diretamente relacionada ao cuidado e, na maioria das vezes, colocando em prática as decisões das demais categorias profissionais, não é levada em consideração ou não é ouvida ou convidada a dar seu parecer e impressões? *”Se minha fala fosse ouvida e levada em consideração com certeza geraria benefícios”.* Esta talvez seja a fala mais impactante quando relacionada à ausência do enfermeiro nas decisões relacionadas ao RN, que se encontra sob seu cuidado direto em, basicamente, 24 horas.

- ***Categoria III: A atuação e expertise do enfermeiro sendo levada em consideração nos rounds como principal cuidador e sua autonomia prejudicada relacionada ao cuidado direto:***

Para a análise e construção desta categoria, foram elencados tais temas/unidades de significação: **3, 4, 8, 9, 10.**

A unidade de significação de número três foi extremamente citada inúmeras vezes e abordada em diferentes questionamentos. Logo, o tema “enfermeiro não ser

considerado” se tornou extremamente preocupante e de suma importância. Dos quinze participantes desse estudo, dez relataram que não são levados em consideração quando se posicionam e que somente são coadjuvantes das decisões das demais categorias profissionais *“Temos local de fala, mas nem sempre as considerações são incluídas no plano terapêutico”*.

A partir dessa premissa, fica uma dúvida grande: como um profissional que está, basicamente, 24 horas por dia em cuidado direto a um paciente pode não ter sua fala e/ou contribuições levadas em consideração e colocado, na maioria das vezes, como mão de obra qualificada de outras categorias profissionais que, diferente do enfermeiro, não prestam cuidado integral?

Ainda em uso de palavras distintas em diferentes falas dos mais variados profissionais, tal afirmação é compreendida de forma clara: por mais que o enfermeiro esteja prestando assistência direta, o mesmo não é considerado e/ou valorizado. Em diferentes estudos citados neste mesmo trabalho, vários autores trazem à tona a necessidade de se ter um prestador de cuidados de enfermagem que tenha segurança e conhecimento no que tange ao cuidado na terapia intensiva, e, muito mais, quando relacionada a assistência a recém-nascidos alocados em uma unidade de terapia intensiva neonatal *“[...]tempo de cuidado dispensado aos bebês pelos profissionais de enfermagem dentro de uma unidade de terapia intensiva é infinitamente maior do que as dos demais profissionais, os olhos e os ouvidos são nossos em tempo integral, portanto, não consigo visualizar um plano terapêutico que não o compartilhado, a fala do enfermeiro é importantíssima”*.

Sabe-se que, em uma unidade de cuidados críticos e complexos, faz-se necessário que haja os mais variados profissionais prestadores de serviços, e que estes estejam atualizados e preparados a todo o momento. A educação do enfermeiro no Brasil é cara e dependente de diversos cursos de atualizações e capacitações. Uma pesquisa realizada por mim, para a complementação e elaboração desta categoria, foi o custo de um curso de capacitação e atualização no manejo e inserção do cateter central de inserção periférica, mais comumente chamado nas unidades de terapia intensiva de PICC, por seu termo em inglês *peripherally inserted central catheter*. Tal capacitação em uma unidade de treinamento renomada, como o Instituto Einstein, é de R\$2.300,00, este valor já ajustado ao ano vigente de 2022 (vide site do Ensino Einstein).

Logo, não há como ter um enfermeiro atuante em uma unidade neonatal, lidando diariamente com os mais variados e complexos pacientes, sem ser atualizado, preparado e seguro para desempenhar sua função com maestria e garantindo a total seguridade dos seus cuidados diretos ao pequeno paciente.

Foi possível identificar também que o próprio enfermeiro, por mais que muitas vezes não valorizado ou integrado à equipe multiprofissional, sente o maior prazer e orgulho das suas experiências e capacidades, considerando sua presença e atuação de extrema importância para um cuidado de qualidade e para a melhora do prognóstico. *“[...]E acredito sim que minha fala e minha presença no round são manifestações de tal contribuição, ainda que nem sempre me sinta considerada, me posicionar me traz tranquilidade no sentido de que estou desenvolvendo meu papel enquanto profissional que compõe a equipe e que cuida desses bebês”.*

Obviamente que o sucesso de um tratamento e cuidado de qualidade com resultados positivos não advém somente da equipe de enfermagem, mas, como um entrevistado disse, é proveniente do cuidado multiprofissional; não há sucesso no cuidado de apenas uma categoria. A melhora do prognóstico de qualquer paciente é fruto da colaboração e saber de todos os profissionais envolvidos no cuidado. Mas, tal sucesso, também, se dá ao empenho e cuidado intensivo prestado pelo profissional enfermeiro e a toda a equipe de enfermagem. *“A melhora do prognóstico, sem dúvida alguma, advém dos cuidados prestados pelos profissionais da equipe multiprofissional e dentre estes profissionais o único presente em tempo integral no setor é o profissional de enfermagem. Várias informações advém destes profissionais, que estão sempre alertas aos sinais e sintomas deste RNs propiciando a melhora no processo de tomada de conduta e prognóstico”*.

O sucesso de um prognóstico de um recém-nascido crítico vai além do ganho de peso ponderal diário. O sucesso engloba em receber e acolher a família deste RN, na oferta de paciência e amor a este bebê, na troca de fralda, na avaliação e respeito pelo tempo de descanso deste pequeno ser humano, respeitando as suas necessidades de desenvolvimento e, principalmente, sabendo aglutinar todas essas informações e aplicando-as diariamente.

Muito tem sido falado neste estudo sobre “cuidado direto”. Mas, tal expressão se faz necessária de ser utilizada constantemente, pelo fato de que a única categoria profissional que realmente presta um cuidado constante direto ao RN é a equipe de enfermagem. São estes profissionais que avaliam com as próprias mãos

sem a necessidade de interpelar outra categoria e toma um direcionamento para prestar seu cuidado.

Todavia, o profissional enfermeiro com toda a sua expertise e sapiência, atrelada à experiência, pode ser considerado como uma barreira de prevenção de danos ao RN. Barreira esta que, não relacionada somente à sua própria atuação, mas, também, como identificador de possíveis erros de condutas das demais categorias, já que o primeiro cuidado que um RN recebe é das mãos do enfermeiro.

6. CONCLUSÃO:

Por fim, estes são alguns dos questionamentos que este trabalho visa levantar e que, em trabalhos futuros, possam ser desmistificados e, também, consigam mudar a realidade da atualidade. A atuação do enfermeiro nos *rounds* de uma unidade de terapia intensiva neonatal deve ser atrelada a mais responsabilidades, e que o mesmo consiga se expressar e contribuir com o seu saber (GAÍVA *et al.*, 2017).

Na esperança de que em breve o enfermeiro será extremamente valorizado, não só em palavras e em cuidados, mas por obstatante, monetariamente, escrevo este trabalho na intenção de mostrar que sem o enfermeiro, não existe cuidado especializado e que não existe nenhum tipo de cuidado no geral (MELO, 2016).

Na visão de *round*, tendo ficado claro e explícito nos adscritos acima, que não existe outro tipo de *round* que não o multiprofissional com participação de todas as categorias envolvidas e que todas as categorias tenham a sua participação na decisão do plano terapêutico do RN. Cada profissional atuando em seu saber e expertise, sem a necessidade de se ter uma categoria líder, pois em nenhum estudo observado e pesquisado para a realização deste trabalho foi notado que se tenha esta necessidade. (GONZALO, *et al.*; 2014).

Além disso, pode-se perceber que não há como um enfermeiro ser deixado de lado no processo de cuidado. Tal profissional é uma das principais barreiras de prevenção de danos ao RN e extremamente importante para a melhora do

prognóstico e para a decisão do plano terapêutico do bebê (DUTRA NETO, *et al*; 2016)..

É preciso estar sempre em busca de novos conhecimentos, com vistas a qualificar a assistência e partilhar essas informações com a equipe de trabalho, numa visão voltada para o ser humano. É fundamental a procura de alternativas para aperfeiçoar a assistência ao cliente, fundamentada não apenas no conhecimento técnico- científico, mas também em valores pessoais, compreendendo o verdadeiro significado do cuidado humano. O processo reflexivo faz-nos repensar nossas posturas acadêmicas, profissionais e pessoais. É o ponto-chave para o sucesso da qualidade do processo de cuidar (RAMOS; Ribeiro *et al*; 2013).

Acredito também que, a partir deste trabalho, a visão de separação de cuidados mude, e que a integralização de cuidados se faça mais presente e se mostre mais eficiente e eficaz; tornando também o enfermeiro protagonista em uma equipe multiprofissional, mostrando a sua capacidade diariamente. Além disso, que as demais categorias e o próprio enfermeiro possam ser capazes de reconhecê-lo, sem a necessidade de chamar atenção de forma brusca ou à força; criando, desnecessariamente, por uma luta de egos, um ambiente com zero satisfações de se trabalhar e integrar uma equipe coesa e justa (DUTRA NETO, *et al*; 2016).

7. BIBLIOGRAFIA

- 1 ALBERT EINSTEIN – Instituto de Israelita de Ensino e Pesquisa – Centro de Educação em Saúde Abram Szajman. **Implantação de Cateter central de inserção periférica – PICC: capacitação módulo básico e avançado.** Disponível em: https://ensino.einstein.br/implantacao_de_cateter_central_de_insercao__p0384/p. acessado em: 19 de maio de 2021.
- 2 BARBOSA, Rubens Vitor *et al.* Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva / Benefits of the multidisciplinary round in the intensive therapy unit. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 17989-18001, dez. 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n6-203>
- 3 BARDIN, Laurenci. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70; 2011. 229p
- 4 BECCARIA, Lúcia Marinilza et al. Interferências na passagem de plantão de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Cuid Arte Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.86-92, 2017.
- 5 BRANCO LLWV; Beleza LO; Luna AA. Carga de trabalho de enfermagem em UTI neonatal: aplicação da ferramenta. **Rev Fund Care Online.** 2017 jan/mar; 9(1):144-151. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.144-151>
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Resolução - rdc nº 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resolucao_rdc_36_2013.html > reis gax, hayakawa ly, murassaki cy, matsuda lm, gabriel cs, oliveira mlf. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Revista texto contexto enfermagem**, 2017; (2):2-9.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/CONEP. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, novembro. 2021, n. 112, seção 1, p. 59 – 62.
- 8 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO 543/2017: MANUAL PRÁTICO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM.** Brasil; 2017. 58 p.
- 9 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 311/07.** Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS

- (COREN-MG). Legislação e normas. Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 37-54, 2015.
- 10 CURAN, Gabriela Ramos Ferreira et al. Dimensionamento de pessoal de unidades neonatais em um hospital universitário. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p.55-62, 2015.
 - 11 DUTRA de Araujo Neto, João; Pereira da Silva, Isabella Suanne; Zanin, Loise Elena; de Paulo Andrade, Abigail; Marques Moraes, Kesia profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 29, núm. 1, enero-marzo, 2016, pp. 43-50 Universidade de Fortaleza Fortaleza-Ceará, Brasil
 - 12 GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz *et al.* Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 1, p. 14-20, jun. 2017.
 - 13 GONÇALVES, Mariana Itamaro; ROCHA, Patrícia Kuerten; ANDERS, Jane Cristina; KUSAHARA, Denise Miyuki; TOMAZONI, Andréia. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto - Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 2-8, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002310014>.
 - 14 GONZALO, Jed D. et al. Patient-Centered Interprofessional Collaborative Care: Factors Associated with Bedside Interprofessional Rounds. Gonzalo Et Al: **Factors Associated with Bedside Interprofessional Rounds**, Usa, v. 1, n. 1, p.1040-1047, 2014.
 - 15 KRUSCHEWSKY NDF, Freitas KS, Silva Filho AM. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev baiana enferm.** 2021;35:e37164.
 - 16 MAGALHÃES, Tayná Tomé de Souza; TAFFNER, Viviane Barrére Martin. Dificuldades para a atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, [S.L.], p. 685-697, 25 out. 2020. Revista de Divulgacao Cientifica Sena Aires. <http://dx.doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p685a697>.
 - 17 MARSKI BSL, Facio BC, Ichisato SMT, Barba PCSD, Wernet M. Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2758-66. **[Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing]** DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0912>

- 18 MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida *et al.* The Florence Nightingale's Environmental Theory: a critical analysis. **Escola Anna Nery**, Natal, Rn, v. 19, n. 3, p. 518-534, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>.
- 19 MELO, Rita de Cássia Jesus de. **O cuidado neonatal na significação dos profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva**. 2016. 173 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- 20 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria** nº 930, de 10 de maio de 2012. Brasília, 2012.
- 21 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria** nº 1.377, de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2013^a.
- 22 MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.621-6, 2012.
- 23 NOLETO R, Campos C. Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para garantir a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva neonatal. **Original Article. J Business Techn.** 2020; ISSN 2526-4281 16(2): 92-103
- 24 NOTARO KAM, Manzo BF, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem.** 2019;27:e3167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>.
- 25 OLIVEIRA, Rosivalda Passos de. DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UTI NEONATAL: uma revisão da literatura. 2019. 14 f. **Monografia (Especialização)** - Curso de Enfermagem, Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2019.
- 26 RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro *et al.* Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 41-44, fev. 2013. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/501>>. Acesso em: 02 mar. 2022. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2013.v4.n1.501>.
- 27 SANTADE, Maria Suzett Biembengut. A METODOLOGIA DE PESQUISA: INSTRUMENTAIS E MODOS DE ABORDAGEM. **Interciência & Sociedade: versão eletrônica**, Mogi Guaçu, v. 5, n. 2, p. 3-17, nov. 2020.
- 28 SAÚDE, Organização Pan-Americana de. Metas do Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021 da OMS promovem práticas seguras para mães

- e recém-nascidos. 2021. **Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-9-2021-metas-do-dia-mundial-da-seguranca-do-paciente-2021-da-oms-promovem-praticas>. Acesso em: 16 set. 2021.
- 29 SÁ NETO, José Antônio de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. A ação intencional da equipe de enfermagem ao cuidar do rn na uti neonatal. **CiencCuidSaude**, Brasil, v. 14, n. 3, p.1237-1244, 2015.
- 30 SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 37, n. 1, p.1-7, mar. 2016.
- 31 SILVA, Alice Cristiana Lima da; SANTOS, Gisele Negreiros dos; AOYAMA, Elisângela de Andrade. A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DEENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 49-54, jul. 2020.
- 32 SILVA, Isabella Navarro *et al.* Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1-8, 19 out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0369>.
- 33 SILVA, Sthefany Rubislene Pereira da *et al.* Assistência de enfermagem na uti neonatal: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 9464-9473, jul. 2020. *Brazilian Journal of Health Review*. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n4-182>.
- 34 SILVA JÚNIOR, Severino Domingos da; COSTA, Francisco José. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 15, n. 0, p. 1-16, 16 out. 2014.
- 35 SOUSA, Fernanda Coura Pena de; MONTENEGRO, Livia Cozer; GOVEIA, Vania Regina; CORRÊA, Allana dos Reis; ROCHA, Patrícia Kuerten; MANZO, Bruna Figueiredo. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Minas Gerais, v. 26, n. 3, p. 1-8, 17 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>.
- 36 SUNKARA, P. R., Islam, T., Bose, A., Rosenthal, G. E., Chevli, P., Jogu, H., ... Speiser, J. L. (2019). Impact of structured interdisciplinary bedside rounding on patient outcomes at a large academic health centre. **BMJ Quality & Safety**, *bmjqs*–2019–009936. doi:10.1136/bmjqs-2019-009936

- 37 TAQUETE, Stellar R.; BORGES, Luciana. Pesquisa Qualitativa para todos. In: TAQUETE, Stellar R.; BORGES, Luciana. **Pesquisa Qualitativa para todos**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, Ltda, 2020. p. 1-159. Disponível em: www.vozes.com.br. Acesso em: 20 abr. 2021.
- 38 TERRA, S. M. Interdisciplinary Rounds The Key to Communication, Collaboration, and Agreement on Plan of Care. **Professional Case Management**, v.20, n.6, p.299-307, 2015.
- 39 TERRA, M.G, et al. **O significado do cuidado no contexto do pensamento complexo**: novas possibilidades para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(esp):164-9
- 40 TREVISO, Patricia *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 69, p. 25-35, 17 out. 2017.
- 41 TOMAZONI A, Rocha PK, Ribeiro MB, Serapião LS, Souza S, Manzo BF. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017 mar;38(1):e64996. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>.



APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **A atuação do enfermeiro nos rounds de uma unidade de terapia intensiva neonatal visando à segurança do paciente**; desenvolvida pela Enfermeira Residente **Juliana Silva da Rocha**, sob orientação de **MD. Ms. Robson Imbroise e Enf^a. Ms. Wendy Davies**. Os objetivos desse estudo são: **analisar a atuação do enfermeiro nos rounds de uma UTIN para a decisão do plano terapêutico visando à segurança do paciente; identificar os benefícios da participação dos enfermeiros nos rounds nas atividades decisórias voltado para a segurança do paciente; descrever a percepção dos próprios enfermeiros acerca da sua participação nos rounds e decisão do plano terapêutico visando à segurança do paciente.**

O (s) procedimento (s) de coleta de dados será (ão) realizado (s) através do preenchimento de um formulário eletrônico do *Google Forms* que será enviado via e-mail ou *WhatsApp*.

Existe um desconforto e risco mínimo para você que se submete à coleta de dados, pois por alguma questão a pesquisa poderá abordar algum assunto íntimo e delicado. Este risco é justificado pelo benefício que esta pesquisa proporcionará, pois com o resultado obtido, a assistência em saúde poderá ser mais bem organizada para atendimento aos clientes.

Se concordar em participar do estudo, os dados obtidos durante o preenchimento do formulário na **UTI Neonatal** da Maternidade Escola da UFRJ poderão ser publicados e divulgados nos meios de comunicação como congressos e revistas científicas. Todos os participantes da pesquisa serão identificados por códigos acessados somente pelos pesquisadores.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios, você continuará o seu acompanhamento normalmente sem nenhuma restrição.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste Termo será arquivada com os pesquisadores, e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar minha autorização se assim o desejar. Os pesquisadores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas, poderei solicitar mais esclarecimentos a **MD. Ms. Robson Imbroise e Enf^a. Ms. Wendy Davies**. Poderei recorrer também à enfermeira residente e pesquisadora **Juliana Silva da Rocha**, ou ainda a Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ (Rua das Laranjeiras, 180).

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Investigador: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____
Participante: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados (ICD)

A atuação do enfermeiro nos rounds de uma unidade de terapia intensiva neonatal visando à segurança do paciente

ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO: Sua participação é muito importante para o estudo, pois traz informações relevantes sobre a importância do enfermeiro no plano terapêutico do RN. Leia atentamente e marque a opção que retrata a sua realidade.

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO						INICIAL DO NOME E SOBRENOME					

- **Códigos de identificação:** ENF NEO – Enfermeiro neonatologista; ENF GEN – Enfermeiro generalista; RESID ENF – Residente de enfermagem; ENF PED – Enfermeiro pediátrico.

CONHECENDO VOCÊ:

Q. 01. Idade: _____ anos

Q. 02. Sexo:

1. Masculino () 2. Feminino ()

Q.03. Função:

1. Assistencial coordenação () 2. Administrativa () 3. Rotina ()

4. Outra: _____

Q.03. Turno:

1. Plantão () 2. Diarista () 3. Outro: _____

Q.04. Quanto tempo você tem de formação na profissão que você atua nessa instituição:

_____ anos ou _____ meses

Q.05. Quanto tempo você tem de atuação em UTIN

_____ anos ou _____ meses

Q.06. Quais as suas titulações:

1. Especialização () 2. Residência () 3. Mestrado () 4. Doutorado ()

5. Outra: Caso tenha outra titulação, identifique: _____

Q.07. Você conhece o round multiprofissional da Unidade de Internação Neonatal?

SIM () **NÃO** ()

Q.08. Você já participou do round multiprofissional da Unidade de Internação Neonatal?

SIM () **NÃO** ()

ROTEIRO DE ASSERTIVAS:

A.01. Acredito que possuo local de fala e que a mesma é levada em consideração durante a decisão do plano terapêutico do RN.

() **discordo totalmente** () **discordo** () **não concordo nem discordo** () **concordo** () **concordo totalmente**

Justifique com poucas palavras: _____

A.02. Acredito minha presença durante os *rounds* e que minhas contribuições geram inúmeros benefícios no prognóstico do RN.

() **discordo totalmente** () **discordo** () **não concordo nem discordo** () **concordo** () **concordo totalmente**

Justifique com poucas palavras: _____

A.03. O espaço físico ocupado por mim durante o *round* é confortável e não possui associações pejorativas.

() **discordo totalmente** () **discordo** () **não concordo nem discordo** () **concordo** () **concordo totalmente**

Justifique com poucas palavras: _____

A.04. Acredito que possuo conhecimento técnico e científico mais que suficiente para debater o plano terapêutico do RN levando em conta a segurança do paciente.

() **discordo totalmente** () **discordo** () **não concordo nem discordo** () **concordo** () **concordo totalmente**

Justifique com poucas palavras: _____

A.05. Acredito que sou o profissional com olhos direcionados para a segurança do paciente na UTIN porque permaneço 24h prestando cuidado;

() **discordo totalmente** () **discordo** () **não concordo nem discordo** () **concordo** () **concordo totalmente**

Justifique com poucas palavras: _____

A.06. O *round* multiprofissional acontece verdadeiramente na UTIN e realmente a fala de todas as categorias têm peso decisório no plano terapêutico no RN;

() **discordo totalmente** () **discordo** () **não concordo nem discordo** () **concordo** () **concordo totalmente**

Justifique com poucas palavras: _____

A.07. Como enfermeiro, possuo papel essencial na construção de novos protocolos e rotina da UTIN quando relacionados à Segurança do Paciente;

() **discordo totalmente** () **discordo** () **não concordo nem discordo** () **concordo** () **concordo totalmente**

Justifique com poucas palavras: _____

A.08. Por estar mais próximo do RN, acredito que eu seja o profissional que atua como barreira para redução de riscos relacionados à assistência à saúde.

() **discordo totalmente** () **discordo** () **não concordo nem discordo** () **concordo** () **concordo totalmente**

Justifique com poucas palavras: _____

APÊNDICE D – Orçamento

O orçamento é de financiamento próprio.

Item	Valor unitário (R\$)	Quantidade	Valor Total (R\$)
Impressão do TCLE 1	0,25	2	0,50
Impressão do ICD	0,25	2	0,50
Impressão carta de anuência	0,25	2	0,50
Impressão cronograma	0,25	2	0,50
Impressão da introdução	0,25	2	2,00
Impressão da Metodologia	0,25	2	1,50
Impressão do referencial teórico	0,25	2	2,50
Impressão de capa, contracapa e sumário	0,25	2	1,50
Impressão das referências bibliográficas	0,25	2	1,25
Encadernação	5,00	2	10,00
			20,75

ANEXO A – Folha de Rosto/ Plataforma Brasil

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa A importância do enfermeiro nos rounds de uma unidade de terapia intensiva neonatal na elaboração do plano terapêutico do recém-nascido sob a ótica da equipe multiprofissional			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área de Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: JULIANA SILVA DA ROCHA			
6. CPF: 056.029.127-82		7. Endereço (Rua, n.º): ITAGUATE VILAR DOS TELES número 96 SAO JOAO DE MERITI RIO DE JANEIRO 21560550	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (21) 2752-1412	10. Outro Telefone:
11. E-mail: julisilvadarocha@gmail.com			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data <u>01</u> / <u>07</u> / <u>2021</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE		13. CNPJ: 33.663.683/0052-66	14. Unidade/Órgão: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro
15. Telefone: (21) 2556-5265		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável <u>JOFFRE AMIM JUNIOR</u>		CPF <u>374568907-06</u>	
Cargo/Função <u>DIRETOR</u>		 Prof. Joffre Amim Junior Diretor Adjunto de Ensino, Pesquisa e Maternidade Escola UFRJ Assinatura	
Data <u>01</u> / <u>07</u> / <u>21</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B – Carta de Autorização Institucional



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO

MATERNIDADE-ESCOLA DA
UFRJ

Parecer do Comitê Gestor de Pesquisa

Pesquisador Responsável: Juliana Silva da Rocha

Título do projeto: A importância do enfermeiro nos rounds de uma unidade de terapia intensiva neonatal na elaboração do plano terapêutico do recém-nascido sob a ótica da equipe multiprofissional

Conclusão:

O projeto atende aos critérios para ser desenvolvido na Maternidade Escola da UFRJ, devendo ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição antes de seu início.

Para assinatura da Folha de Rosto pelo responsável da instituição, é necessário apresentar a versão impressa deste parecer, que pode ser obtida no gabinete da Direção.

Atenciosamente,

Comitê Gestor de Pesquisa

Rio de Janeiro, 30 de junho de 2021.

Priscilla dos Santos Vago
Priscilla dos Santos Vago
Enfermeira
COREN-RJ: 320.102
SIAPE: 2143260

Luciane
Luciane
D^o MARIA ASSIS DOS SANTOS DE CASTILHO
Chefe de Enfermagem de UTI Neonatal
Maternidade Escola da UFRJ
CRM RJ 32795-8 - RQE: 2102706