

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ERIKA MARIA ARAUJO BARBOSA DE SENA

**VENOPUNÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS:
DESAFIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO
PACIENTE**

Maceió
2015

ERIKA MARIA ARAUJO BARBOSA DE SENA

**VENOPUNÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS:
DESAFIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO
PACIENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada para exame de Defesa ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem e Farmácia, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ingrid Martins Leite Lúcio.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, ciência, tecnologia e inovação para o cuidado.

Maceió
2015

|

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecário
Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade

- S474v Sena, Erika Maria Araujo Barbosa de.
Venopunção periférica em recém-nascidos prematuros: desafios para o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente / Erika Maria Araujo Barbosa de Sena. – 2015.
126 f.
- Orientadora: Ingrid Martins Leite Lúcio.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2015.
- Bibliografia: f. 95-114.
Apêndices: f. 115-116.
Anexos: f. 117-126.
1. Recém-nascido – Prematuro. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Infusões intravenosas. 4. Pacientes – Medidas de segurança. I. Título.
- CDU: 616-083:616-053.3

Folha de Aprovação

AUTOR: ERIKA MARIA ARAUJO BARBOSA DE SENA

“Venopunção periférica em recém-nascidos prematuros: desafios para o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente” / Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida. Linha de Pesquisa: Enfermagem, ciência, tecnologia e inovação para o cuidado. Aprovada em 27 de julho de 2015.



Prof.^a Dr.^a Ingrid Martins Leite Lúcio
Universidade Federal de Alagoas (Orientadora)

Banca Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará (Examinador Externo)



Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliati
Universidade Federal de Alagoas (Examinador Interno)

À delicadeza reconhecida nos recém-nascidos que, por motivos adversos à condução natural de uma gestação, precisam aguardar pelo momento em que serão acolhidos por sua genitora, pai e/ou familiares, podendo sentir o cal (am) or que os envolve;

À amabilidade encontrada em mainha e painho, cuja sabedoria me impulsionou ao caminho da leitura, referenciada como a maneira mais salutar e coerente de ir ao encontro do que, inicialmente, pode parecer um sonho;

Àquele que, diariamente, direciona-me disponibilidade e segurança revestida de suavidade, ofertando-me a oportunidade de acreditar em cada potencialidade adormecida (ou desconhecida). Daniel Reis, sabes que esta produção é detentora de sua valiosa co-autoria.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela esperança, força e perseverança, a mim proporcionadas, a cada circunstância vivenciada. Durante todo o percurso que resultou neste momento de Glória, pude reconhecer Sua presença e imensurável Amor em meu sensível coração.

Aos meus amados pais, **Maria de Lourdes e Deusdedith Araujo**, que a mim dedicaram sua maior riqueza: a dignidade. Revestidos de altruísmo e crença na singela frase: “eu posso!”, souberam me conduzir ao caminho do enfrentamento, ofertando-me a suficiência do carinho, dedicação, Amor... De sua presença! As renúncias, por sua parte, fizeram-se presentes; entretanto, a superação ocupou posição de destaque. As adversidades apresentadas, com a graça do Nosso Senhor, Jesus Cristo, foram insuficientes para nos fazer desacreditar de nossas capacidades de escolher (e buscar) o desfecho de nossas histórias. Durante minhas poucas quedas (na maioria das vezes, fizeram-se presentes e não me permitiram cair), impulsionam-me a reerguer e enxergar na leitura a possibilidade de retificação da minha história. Herança maior, os senhores não poderiam ter me dedicado, assim como ao meu irmão, George Sena, a quem também dedico especial agradecimento.

Ao meu namorado, **Daniel Reis**, pelo incansável interesse por se fazer presente, ativo e co-responsável pelo alcance desta vitória. Sabendo praticar, com veemência, a crença em minhas potencialidades, incentivo constante tem a mim direcionado, fazendo-me acreditar que a realidade do próximo, apesar de sua aparência inalcançável, poderia ser minha também. O abraço que me acolhe, o olhar que me conforta, a suavidade do beijo que me acalma e a palavra que me fortalece: grandes marcas de um relacionamento que, desde o primeiro momento, mostrou-se firmado no companheirismo. Posso sentir sua amorosidade em cada sutileza gestual ou atitude revelada. Os momentos de abdicção enfrentados durante estes dois anos de produção representam, com destaque, esta continuada doação.

À minha admirável orientadora, **Prof.^a Dr.^a Ingrid Martins Leite Lúcio**, cujo comprometimento com as atividades desenvolvidas, movido pelo amor à sua profissão, despertou o meu encantamento. A intensidade que demarca o exercício de sua docência representa à minha formação acadêmico-profissional especial inspiração. Agradeço, sem qualquer restrição, por cada momento de prontidão, paciência, privação, compreensão, disponibilidade, dedicação e, acima de tudo, ensinamentos. Ensinamentos estes que não se

limitam à extensão de um conteúdo teórico, mas que, de modo especial, souberam despertar em minha inexperiência o interesse por ir além, com afinco, buscando e fazendo acontecer.

Aos **corpos docente e discente da terceira turma** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFAL (Mestrado), assim como ao referido Programa, pela oportunidade de aprimoramento profissional ofertada. Tratam-se dos construtores de um conteúdo teórico-prático a que estarei sempre recorrendo, através de minha memória e do que ficou registrado em meu coração.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem na Saúde Materno-infantil (**GEPESMI/UFAL/ESENFAR**), pelo compartilhamento de conhecimentos, experiências e produções. Optando-se pelo caminho da pesquisa, faz-se ampliar a dimensão da prática de enfermagem, cuja troca de experiências resulta no enriquecimento de cada parte envolvida.

Aos membros da banca examinadora, titulares e suplentes – **Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes; Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliati; Prof.^a Dr.^a Cristiana Brasil de Almeida Rebouças; Prof.^a Dr.^a Maria Lysete de Assis Bastos** – pela atenção e profissionalismo dedicados à apreciação desta produção. Na pretensão, única, de contribuir, a delicadeza se fez presente, a cada edição sugerida. De forma semelhante, o reconhecimento pelo já produzido ocupou posição de destaque, em cada colocação, valorando este conteúdo e estimulando o seu amadurecimento.

Aos membros da **equipe de enfermagem** da Unidade Neonatal do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL), em especial àqueles que me concederam o privilégio de ouvi-los, em nosso, então, ambiente de trabalho. Pela confiança depositada à condução desta pesquisa e, especialmente, pelo carinho dedicado a cada recém-nascido a quem prestam sua assistência de enfermagem, agradeço imensa e incansavelmente.

Aos meus queridos **familiares** e **amigos**, o que inclui o Sr Daniel Moreira Reis, D. Rizelda Reis e Dr. Antônio de Barros, pelas orações, apoio, torcida e providências a mim direcionados. Em diferentes proporções, posso sentir sua presença em meu coração. A densidade que envolve o caminho que me conduziu a esta dissertação pôde ser suavizada mediante carinho reconhecido em cada palavra, olhar ou atitude manifesta. Muito obrigada...

“É muito importante a gente ser humano com o RN, procurar ter empatia e ver o próximo como se fosse nosso parente. Nunca perder esse carinho, esse cuidado, principalmente por ser alguém que não pode se defender. Eu já li que, quanto mais carinho se oferece a ele, mais rápido ele se recupera. Com isso, a gente se sente bem, satisfeito, por ver que está fazendo tão bem àquela criança.”

(Roseli Pimentel da Silva)

RESUMO

A venopunção periférica em recém-nascidos prematuros (RNPT) e os desafios para o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente constituem o objeto deste estudo, que traz como questões norteadoras: Como ocorre a prática do cuidado de enfermagem com a venopunção periférica em RNPT? Quais os desafios vivenciados no cuidado de enfermagem considerando-se a segurança do paciente e a promoção de conforto e minimização da dor? Objetivou-se compreender a prática do cuidado de enfermagem com a venopunção periférica em recém-nascidos prematuros, seus desafios para a promoção do conforto e minimização da dor com vistas à segurança do paciente. Especificamente: 1) descrever o perfil dos participantes da pesquisa; 2) caracterizar o procedimento de venopunção periférica em RNPT, enquanto prática de cuidado executada pela equipe de enfermagem; 3) identificar o conhecimento dos profissionais acerca deste cuidado; 4) relacionar a atenção voltada pelo profissional às manifestações do RNPT, antes, durante e após o procedimento, na perspectiva da segurança do paciente; 5) verificar as medidas de promoção do conforto e minimização da dor em relação à venopunção periférica em RNPT. Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido na unidade neonatal do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL), Maceió/AL, entre abril e setembro de 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, segundo o parecer sob nº 608.622. A população compôs-se por 42 profissionais da equipe de enfermagem desta unidade, sendo aplicada entrevista semi-estruturada, acrescida por diários de observação não-participante. Os dados gravados foram transcritos e validados, por cada profissional. Fez-se uso da Análise de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin, resultando na seguinte categorização: 1) Prática profissional em Neonatologia e cuidados com a venopunção periférica; 2) Aspectos de humanização e promoção do conforto pela equipe diante da venopunção periférica em RNPT. Os resultados demonstraram: sensibilidade dos profissionais, aos cuidados de enfermagem, no período de transvenopunção periférica; valorização da humanização destes cuidados; conhecimento científico associado à prática profissional; nivelamento do conhecimento relatado, em uma mesma categoria profissional; aplicabilidade de técnicas não farmacológicas para alívio da dor; atenção às manifestações do RN assistido; interesse e valorização do aprimoramento profissional; coerência entre os cuidados relatados e o produto da observação realizada, ou seja, os detalhes do cuidado que puderam ser, pela pesquisadora, visualizados. O estudo revelou a sensibilidade dos participantes, no intuito de se promover conforto e amenizar a dor do RNPT submetido a uma venopunção periférica. Independente do cargo ocupado e vínculo institucional, caracterizou-se uma assistência individualizada e humanizada, mediante interesse por se transpor as dificuldades encontradas, seja relacionadas ao RN ou proporcionadas pela dinâmica do serviço. Identificou-se a ampliação da dimensão da prática de enfermagem, aproximando as faces acadêmica e assistencial, com conseqüente reconhecimento do interesse pela prestação de cuidados de enfermagem revestidos de qualidade, não limitados ao cumprimento de atividades.

Descritores: Prematuro. Cuidados de Enfermagem. Infusões Intravenosas. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

The peripheral venipuncture in premature newborns (RNPT) and the challenges for nursing care and patient safety are the subject of this study, which has as its guiding questions: How the practice of nursing care with peripheral venipuncture in preterm infants? What are the challenges experienced in nursing care considering patient safety and promoting comfort and minimizing pain? Aimed to comprehend the practice of nursing care with peripheral venipuncture form on RNPT and its challenges to promote comfort and minimize pain with a view to patient safety. Specifically: 1) To describe the profile of respondents;" 2) characterize the peripheral venipuncture procedure in preterm infants, while care practice performed by the nursing team; 3) identify the knowledge of professionals about this care practice; 4) relate aimed at professional attention to manifestations of preterm infants before, during and after the procedure with a view to patient safety; 5) verify the measures to promote comfort and minimize pain in relation to peripheral venipuncture in preterm infants. Descriptive and qualitative study, developed in the neonatal unit of the University Hospital Professor Alberto Antunes (HUPAA / UFAL), Maceió/AL, between April and September 2014, after approval by the Ethics Committee of the Federal University of Alagoas, in the opinion under No. 608,622. The population was made up of 42 professionals of the nursing staff of this unit being applied semi-structured interview, plus a daily non-participant observation. The recorded data were transcribed and validated by each professional. There was use of the Content Analysis, proposed by Laurence Bardin, resulting in the following categorization: 1) Professional Practice in Neonatology and care peripheral venipuncture; 2) humanizing aspects and promotion of comfort by the team in RNPT. The results showed: the sensitivity of professionals, nursing care in trans peripheral venipuncture period; appreciation of humanization of such care; scientific knowledge associated with professional practice; leveling the knowledge reported in the same professional category; applicability of non-pharmacological techniques for pain relief; attention to manifestations of assisted RN; interest and appreciation of the professional development; consistency between reported and care the product of observation made. The study revealed the sensitivity of the participants in order to promote comfort and ease the pain of RNPT subjected to a peripheral venipuncture. Regardless of the busy and institutional link position, characterized individualized and humanized care by interest whether transpose the difficulties encountered, whether related to RN or provided by the dynamics of service. It identified the expansion of nursing practice dimension, bringing the academic and healthcare faces, resulting in identification of interest for the provision of nursing care quality coated, not limited to the activities of compliance.

Keywords: Premature. Nursing care. Intravenous infusions. Patient Safety.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVP	Acesso Venoso Periférico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CVC	Cateter Venoso Central
EA	Eventos Adversos
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HU	Hospital Universitário
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
IAV	Infecções relacionadas ao Acesso Vascular
IAVC	Infecções relacionadas ao Acesso Vascular Central
IAVP	Infecções relacionadas ao Acesso Vascular Periférico
IMC	Índice de Massa Corporal
IPCS	Infecções Primárias da Corrente Sanguínea
LEPE	Lei do Exercício Profissional da Enfermagem
MESM	Maternidade-Escola Santa Mônica
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICC	Cateter Venoso Central de Inserção Periférica

PTFE	Politetrafluoretileno
RN	Recém-nascido
RNBP	Recém-nascido de Baixo Peso
RNPT	Recém-nascido Prematuro
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESAU	Secretaria Estadual de Saúde
SUAS	Sistema Unificado de Assistência à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIV	Terapia Intravenosa
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo geral.....	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1 Resgate histórico da Neonatologia no Brasil.....	24
3.2 Exercício profissional do enfermeiro: competência, habilidades e atitudes.....	27
3.3 Particularidades da venopunção periférica em RNPT e desafios para o cuidado de enfermagem.....	30
3.4 Venopunção periférica em RNPT com vistas à segurança no cuidado de enfermagem.....	35
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 Tipo de estudo.....	38
4.2 Cenário.....	38
4.3 População.....	39
4.4 Aspectos éticos.....	40
4.5 Coleta de dados.....	41
4.6 Tratamento dos dados.....	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
Caracterização dos participantes.....	45
5.1 Prática profissional em neonatologia e cuidados com a venopunção periférica.....	47
5.1.1 Conhecimento e prática dos profissionais de enfermagem com a venopunção periférica no RNPT.....	47
5.1.2 Tecnologias e o cuidado de enfermagem com a venopunção periférica em RNPT...	61
5.1.3 Contribuições de enfermagem à segurança do RNPT mediante a venopunção periférica.....	73

5.2 Promoção da ambiência neonatal e conforto ao RNPT durante a venopunção periférica.....	83
5.2.1 A equipe de enfermagem e os cuidados com o RNPT durante a venopunção periférica: ambiente e conforto.....	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICE A – Formulário de entrevista semi-estruturado.....	115
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	117
ANEXO B – Autorização institucional.....	120
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	123

I INTRODUÇÃO

A venopunção periférica em recém-nascidos prematuros (RNPT) e os desafios para o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente constituem o objeto deste estudo. O interesse pela temática surgiu da experiência profissional da pesquisadora em uma unidade de internação neonatal, enquanto enfermeira assistencial de um hospital de referência de Alagoas, onde se reconhecem algumas limitações relacionadas ao procedimento e variações de conduta adotada, pela equipe de enfermagem, particularmente, ao lidar com a venopunção periférica em RNPT. Nesta condição, foram identificadas características concernentes à assistência de enfermagem ao RNPT, ao tempo em que se reconheciam implicações em aspectos de segurança e conforto para o paciente assistido. Reconheceu-se, pois, a relevância de se tratar desta temática.

O público-alvo da assistência em Neonatologia inclui os recém-nascidos (RN) pré-termos ou prematuros, caracterizados pela idade gestacional inferior a 37 semanas, o que resulta em um grupo heterogêneo de crianças com idades próximas ao termo, ou ainda aquelas com idades gestacionais abaixo de 32 semanas. O Código Internacional de Doenças (CID-10) define, de acordo com a idade gestacional: RN termo, nascido de 37 a 42 semanas de gestação (de 260 a 293 dias); RN pré-termo, quando a idade gestacional é menor que 37 semanas (menos de 259 dias); RN pós-termo, nascido em 42 semanas ou mais (RODRIGUES; BOLSONI-SILVA, 2011).

Em se tratando de Brasil, a prevalência de partos prematuros é de 11,7%, fazendo-o ocupar o mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8% (MATIJASEVICH et al., 2013). Porém, poucos estudos populacionais sobre parto prematuro foram realizados até o momento, podendo a incidência ser ainda maior, o que faz do parto prematuro, provavelmente, o maior desafio da obstetrícia moderna (DÓRIA; SPAUTZ, 2011).

Entretanto, neste mesmo cenário, tem-se aumentado a taxa de sobrevivência de RN de prematuridade extrema, alertando-se para o elevado custo que esta assistência neonatal representa, além daqueles relacionados aos cuidados pós-alta de RNPT portadores de sequelas (RODRIGUES; BOLSONI-SILVA, 2011).

Nesta perspectiva, há de se mencionar que, em um grupo com peso ao nascer menor que 1.000g, encontra-se percentual de 17,6% de RN que utilizaram apenas acesso venoso periférico (AVP) (MENEZES et al., 2013). Assim, dois terços das atividades executadas pelos profissionais de enfermagem estão relacionados à terapia intravenosa (TIV) (MODES et al., 2011).

Salienta-se que as possibilidades de surgimento de alterações no quadro de saúde do RN são provenientes da própria condição fisiológica ou provocadas pelo uso da terapêutica, ambiência e atuação dos profissionais. Por sua vez, a ambiência refere-se ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, sendo garantida a redução dos riscos à saúde (FARIAS et al., 2012).

A ambientação extrauterina promove ao RNPT intensificação de sua vulnerabilidade, o que não se limita ao aspecto físico. No ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), muitos são os estímulos e procedimentos àquele direcionados, incluindo os relacionados à TIV, o que envolve a venopunção periférica, procedimento comum na rotina dos cuidados.

A punção venosa é caracterizada pela inserção de um dispositivo no interior de um vaso, que pode ser ou não fixado à pele do paciente e, em caso de sua permanência, requer cuidados e controle periódico (LOUREIRO et al., 2009), podendo sua localização ser periférica ou central, de modo que a primeira é a mais utilizada na prática clínica atual (LIMA, 2013). No que diz respeito ao RNPT, a limitação de sua rede venosa condicionada pelo corpo ainda em fase de desenvolvimento, além de aspectos específicos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção de drogas, tornam este acesso um dos procedimentos mais difíceis de se realizar neste tipo de clientela (MODES et al., 2011).

Caracterizada a constante exposição do RNPT a estímulos dolorosos, no ambiente em discussão, sentiu-se a necessidade de se deter à contextualização de venopunção periférica neste RN, atentando-se aos cuidados de enfermagem relacionados à promoção de sua segurança e conforto, a partir das profissionais da equipe.

Os avanços tecnológicos têm possibilitado aos profissionais da área da saúde a realização de procedimentos técnicos, através de equipamentos e materiais sofisticados, que garantem um menor risco de falhas e, conseqüentemente, a mais rápida recuperação e maior satisfação do paciente e sua família (FERREIRA et al., 2010).

No cenário neonatal, é possível a promoção da saúde, ao agregar conhecimentos e tecnologia na direção da qualidade de vida. Neste enfoque, deve-se cuidar da vida de modo a reduzir a vulnerabilidade ao adoecimento e as chances de incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura de indivíduos e da população (OLIVEIRA et al., 2009).

Em se tratando de uma população sujeita a riscos, a atenção ao RNPT e sua avaliação clínica precisam ser estruturadas e sistemáticas. Sobremaneira, é fundamental o conhecimento das indicações e técnicas, além da escolha e utilização de material adequado para a realização

dos procedimentos invasivos no cuidado neonatal. A decisão da conduta a ser tomada exige cuidadosa avaliação dos riscos e benefícios dos procedimentos (BRASIL, 2011a). Destaca-se, então, a importância de atualização e acompanhamento dos avanços terapêuticos e tecnológicos nesta área (COSTA, PADILHA, MONTICELLI, 2010).

A obtenção do AVP é parte essencial do cuidado de enfermagem oferecido à maioria dos RN hospitalizados, o que faz empregar vários dispositivos, cujas indicações e especificidades devem ser conhecidas. Os cateteres intravasculares do tipo não agulhado são os mais utilizados, possibilitando a manutenção da punção por mais tempo, não se deslocando durante a manipulação, além de evitar lesão na camada íntima da veia e complicações (MODES et al., 2011).

Um dos aparatos tecnológicos que vem sendo difundido nas UTIN é o *Peripherally Inserted Central Venous* (PICC), que se trata de um Cateter Venoso Central de Inserção Periférica, cujo objetivo é o favorecimento do bem-estar do RNPT, através de manuseio mínimo e redução dos estímulos dolorosos. Sua crescente utilização está relacionada aos resultados positivos do seu emprego e à utilização de materiais biocompatíveis, proporcionando gerenciamento dos riscos, maior conforto e segurança (MACEDO; GUIMARÃES, 2015).

Enquanto isso, o AVP constitui-se em uma alternativa rápida e segura, indispensável nas situações de emergências. Permite-se à equipe de saúde a obtenção de uma via de acesso capaz de prover infusão de drogas de efeitos diversos e rápida resposta, sendo indicado na administração de fluidos, coleta de sangue e hemotransfusão. O mesmo é contra-indicado nos casos de maior tempo de permanência do acesso e de infusão de grandes volumes ou soluções irritantes, sendo o seu tempo de permanência limitado, resultando em punções venosas repetidas e no aumento do número de manipulações do RNPT (LIENEMANN; TAKAHASHI; SANTOS, 2014).

Profissionais reconhecem os RN internados em UTIN como focos de fragilidade, o que dificulta a realização da TIV. Entretanto, da mesma forma, é reconhecida a importância do procedimento, assim como evidenciada sua preocupação em minimizar a dor daquele e em formular um protocolo para a inserção e a manutenção da terapia (VIEIRA; COSTA, 2013).

As características fisiológicas do RNPT, como pele imatura, fragilidade da rede venosa, maior labilidade hemodinâmica à manipulação, risco de infecção, alta sensibilidade à dor, menor quantidade de tecido subcutâneo e risco para lesão cerebral, determinam uma criteriosa escolha do acesso vascular. Trata-se de um contingente de fatores que contribuem para o esgotamento, ao longo da internação, das possibilidades de acesso venoso, aumentando

o risco de sequelas e complicações relacionadas à TIV (CARDOSO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2011). Destaca-se, pois, a importância dos cuidados de enfermagem a serem ofertados antes, durante e após o procedimento, levando-se em consideração a segurança e o conforto do RNPT (COSTA et al, 2010).

Conforme mencionado por Gomes et al (2010), o cateterismo venoso periférico para a implementação e sucesso da TIV é amplamente utilizado nas unidades de internação pediátrica, o que se deve ao seu baixo custo, facilidade de manuseio e ausência de procedimentos cirúrgicos para a sua inserção e manutenção.

Trata-se do procedimento invasivo mais comum realizado entre pacientes hospitalizados, não estando livre de riscos. Em se tratando de RNPT, o mesmo pode ser dificultado pela gravidade do quadro clínico, o que inclui a prematuridade (MODES et al., 2011). Com isso, torna-se um desafio para os profissionais executantes a minimização da dor e sofrimento do RNPT submetido àquele procedimento (PACHECO et al., 2012).

Em detrimento da dificuldade de instalação de acesso venoso em pacientes pediátricos e geriátricos, requer-se o uso de agulhas de menor calibre (SBPC, 2010). Neste contexto, o cuidado de enfermagem relacionado à segurança do paciente no sistema de TIV ainda é um grande desafio, o que torna necessários investimentos em educação continuada e permanente para a enfermagem (MURASSAKI et al., 2013).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Receber uma assistência à saúde de qualidade é, portanto, um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura, promovendo satisfação do paciente em todo o processo (BRASIL, 2013).

Ressalta-se o impacto da segurança do paciente na qualidade da assistência de enfermagem, de tal forma que a redução dos riscos e dos danos e a incorporação de boas práticas favorecem a efetividade dos cuidados e o seu gerenciamento de modo seguro. Este processo depende da mudança de cultura dos profissionais para a segurança, do uso de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros, alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente. Promove-se, então, a incorporação de práticas seguras e baseadas em evidências (OLIVEIRA et al., 2014).

A promoção integral da saúde infantil e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos é o principal eixo norteador da atual política de assistência à criança brasileira, que assume um compromisso com a redução dos índices de mortalidade e com a garantia da

qualidade de vida, no intuito de a criança desenvolver o seu potencial, enquanto ser humano (CARDOSO et al., 2011).

No que concerne à punção venosa periférica, esta é considerada um dos maiores avanços na área da saúde, sendo imprescindível a capacitação técnico-científica dos profissionais executantes, em vistas de um acesso seguro e eficaz. Destaca-se que a decisão sobre a escolha dos locais, calibre dos dispositivos e prevenção de complicações pertinentes a cada caso deve ser responsabilidade do enfermeiro, de tal forma que a maximização do seu êxito implica no desenvolvimento de competências científicas e técnicas. Assim, devem ser respeitadas as recomendações e evidências científicas construídas a respeito, a fim de minimizar os riscos inerentes ao paciente, possibilitando sua recuperação de forma mais tranquila (MELO et al., 2015).

A prescrição, planejamento e administração da terapia, escolha dos tipos de cateteres e acessórios de infusão, obtenção do acesso, preparo e técnicas de administração de fármacos e soluções, cuidados na manutenção do acesso, controle das infusões, prevenção de complicações e monitorização constante constituem as principais ações para a promoção da eficácia e segurança da criança sob TIV (PEDREIRA; CHAUD, 2004).

A fim de se evitar os agravos e promover a segurança dos RN submetidos à TIV, a equipe de enfermagem deve avaliar periodicamente o acesso periférico e obter conhecimento sobre as intervenções necessárias, quando detectados sinais e complicações (GOMES et al., 2011).

As complicações relacionadas a esta punção venosa são, pois, um resultado não esperado ou não desejado associado à terapia proposta, geralmente relacionada a fatores como: natureza do fármaco, duração da terapia, características individuais do paciente, habilidade técnica do profissional, localização e tipo do dispositivo intravenoso (MODES et al., 2011). Dentre estas, citam-se: infiltração local, reações pirogênicas; trombose venosa e flebite; hematomas; necrose (GOMES et al., 2011).

Reconhece-se, nesta perspectiva, a importância de o profissional adotar medidas de segurança ao RNPT assistido (BRASIL, 2009). A título de exemplo, Brasil (2009a) cita a profilaxia de infecção da corrente sanguínea, que é multifatorial e apresenta fisiopatologia, critérios diagnósticos e implicações terapêuticas, prognósticas e preventivas distintas.

As infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) são as de conseqüências sistêmicas graves, bacteremia ou sepse, sem foco primário identificável. Enquanto isso, as infecções relacionadas ao acesso vascular (IAV) ocorrem no sítio de inserção do cateter, sem repercussões sistêmicas. A maioria das infecções desta última natureza é relacionada ao

acesso vascular central (IAVC); entretanto, em algumas instituições, poder ser importante acompanhar infecções relacionadas ao acesso vascular periférico (IAVP) (BRASIL, 2009).

A utilização de técnicas cada vez mais invasivas, em uma UTIN, tem resultado em mecanismos de quebras de barreiras e exposição de tecidos previamente íntegros, tornando-os susceptíveis à infecção. A infecção relacionada ao cateter ocorre, pois, quando há colonização do cateter venoso, que pode ser potencializada quando as medidas de promoção de segurança do paciente não são devidamente adotadas (BONVENTO, 2007).

Diante desta necessidade de medidas promotoras de segurança, reconhece-se que atividades educativas e treinamento periódico do profissional constituem a linha mestra para a formação de uma equipe de saúde crítica e consciente do seu papel na prevenção e controle das complicações associadas aos procedimentos invasivos, dentre eles a punção venosa periférica (TORRES et al., 2005), sendo necessária a intensificação de ações relacionadas (BRASIL, 2013b).

Como estratégia de promoção de capacitação profissional da equipe de enfermagem atuante em neonatologia, cita-se a educação permanente, estratégia sistemática e global, que abrange diversas ações específicas de capacitação. A mesma faz requerer elaboração, desenho e execução, a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere (VIEIRA et al., 2014).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), adotada em 2012, constitui uma resposta às demandas por qualificação do provimento dos serviços socioassistenciais, da gestão e do controle social do Sistema Unificado de Assistência à Saúde (SUAS). Não se mostra, apenas, representativa dos anseios do conjunto de sujeitos envolvidos na construção desse Sistema, também concebendo a formação de pessoas para e pelo trabalho, visando à emancipação dos trabalhadores e dos usuários do Sistema (BRASIL, 2013).

Como estratégia, a referida política deve contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, práticas pedagógicas e de condução do sistema, além dos serviços de saúde, abarcando a organização de modelos, processos colegiados e assessoramento. Consiste em um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, com vistas à construção de uma saúde relacionada aos usuários e que valorize os atores sociais do trabalho (BRASIL, 2014).

Esta assistência, no Brasil, tem evidenciado que os rituais, tradições e conhecimento comum ainda prevalecem no embasamento à prática (CALIRI, 2000). As competências necessárias à atuação da equipe de enfermagem na UTIN são adquiridas nos cursos de

atualização e em sua prática diária, demonstrando o papel fundamental da educação permanente para a aquisição das competências necessárias à atuação desta equipe (GODINHO, 2009).

Sobremaneira, a enfermagem tem um importante papel na manutenção da vitalidade dos RN de risco, sendo indispensável atribuir bases científicas às suas ações cotidianas. O enfermeiro, na UTIN, organiza, planeja e executa os cuidados de enfermagem de forma peculiar a cada criança, efetivando uma assistência integral, de qualidade e humanizada (GONÇALVES; HERTEL, 2013).

Apesar de a venopunção periférica ser caracterizada multidisciplinar, as funções do enfermeiro, neste contexto, apresentam-se contínuas e desafiadoras, estando os avanços relacionados, principalmente, aos diferentes métodos e períodos de administração (MARTINS et al., 2012). Corroborando, Ferreira et al (2010) reforçam que a equipe de enfermagem possui uma interface de destaque no que se refere à execução da técnica de punção venosa periférica, inserção, manutenção e retirada, assegurando o sucesso do tratamento do paciente, com segurança e eficácia.

Para Valente (2013), são importantes os próprios objetivos de um hospital-escola, que consistem em estimular a busca de novas formas de diagnósticos, tratamento, prevenção das doenças pelo desenvolvimento da pesquisa médico-social, em vistas da elevação dos níveis de saúde de toda sociedade.

Reportando-se ao cuidado livre de danos e seguro para o paciente, requiere-se o empenho de toda a equipe de trabalho, gestores e da instituição, em sua totalidade, por ser perceptível que o critério de segurança não considera, unicamente, o fator humano para a ocorrência do erro. Toda a rede de serviço, condições de trabalho, ambiente e número de profissionais devem ser vistos como fatores predisponentes ao referido erro (GAÍVA; SOUZA; XAVIER, 2013).

No que cabe à assistência de enfermagem, a complexidade de uma UTI exige do enfermeiro a provisão e o gerenciamento de materiais e equipamentos, indispensáveis aos procedimentos e à manutenção da vida do paciente assistido. Ademais, trata-se de um setor intensivo, requerente de atenção constante, exigindo-se dos trabalhadores física, psicológica e emocionalmente (TERRA et al., 2011).

A enfermagem utiliza o cuidado como núcleo de sua atuação, um constructo complexo, de diferentes dimensões, envolvendo e desenvolvendo ações, atitudes e comportamentos fundamentados em conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural,

social, econômico, político e psicoespiritual. Busca-se, portanto, promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humanas (NIETSCHE et al., 2012).

Cuidar do RN não é, apenas, olhar, e sim, adotar uma visão paradigmática de atenção humanizada, estendida a sua mãe e família, respeitando-o em suas características e individualidades. O cuidado de enfermagem é a essência desta profissão, pertencendo às esferas objetiva (técnicas e procedimentos) e subjetiva (sensibilidade, criatividade e intuição) (CHRISTOFFEL, 2009).

Este ambiente em discussão, apesar de sua sofisticada tecnologia, é hostil, pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos realizados, atividades que podem fazer do profissional insensível, racional e desumano, evidenciando o emponderamento da ciência e técnica sobre o homem (SÁ; RODRIGUES, 2010). Os avanços obtidos na neonatologia são consideráveis; entretanto, a sobrevivência destes bebês impõe um desafio: a missão de devolver à família e à sociedade uma criança capaz de desenvolver de maneira plena o seu potencial afetivo, cognitivo e produtivo (COSTA; PADRILHA; MONTICELLI, 2010).

Neste sentido, é necessária a busca contínua de conhecimentos e atualizações nesta área, tratando-se de uma das mais eficazes estratégias utilizadas pelo enfermeiro. Sendo as dinâmicas das UTIN sobrecarregadas de intervenções, a equipe de enfermagem deve participar do plano de cuidados, além de executar e avaliar seu conhecimento e técnicas em vistas de melhores resultados no tocante à aquisição e manutenção de um acesso venoso nos RNPT (TELES; SILVA, 2011).

Diante das recomendações a serem discutidas acerca dos cuidados ofertados antes, durante e após a realização de venopunção periférica, por parte da equipe da enfermagem, o presente estudo se propôs a fomentar a produção de um conhecimento fundamentado na realidade de uma Instituição de Saúde vinculada ao Governo Federal.

Estabelecida a devida contextualização, apresentam-se as seguintes questões norteadoras: Como ocorre a prática do cuidado de enfermagem com a venopunção periférica em recém-nascidos prematuros? Quais os desafios vivenciados no cuidado de enfermagem, considerando-se a segurança do paciente e a promoção de conforto e minimização da dor?

O RNPT, hospitalizado, já se encontra exposto à vulnerabilidade, seja relacionada a fatores intrínsecos, seja influenciada pelo ambiente em que se encontra, essencialmente insalubre. Nesta perspectiva, a adoção de medidas que atuem na amenização de riscos adicionais a este prematuro muito representará, positivamente, no seu processo saúde-doença.

Faz-se, pois, necessário o estabelecimento de condutas preventivas e de manutenção do AVP do RNPT, permitindo que as infusões venosas tenham continuidade com segurança e

garantindo o estabelecimento e recuperação de sua saúde, em vista de uma assistência de qualidade e humanizada. Deve-se, pois, atuar na profilaxia de complicações relacionadas ao discutido procedimento, ou seja, de resultados não esperados ou não desejados associados à terapia proposta.

As implicações de um estudo desta natureza para a área da saúde referem-se à ampliação da dimensão da prática de enfermagem, seja no nível acadêmico, seja no assistencial, onde a alta demanda de atribuições e a deficiência em recursos humanos contribuem para que os profissionais, esporádica ou rotineiramente, priorizem o cumprimento de atividades, em detrimento de sua qualidade. Nesta perspectiva, possibilita-se a associação entre produção literária e contexto profissional, direcionando resultados esclarecedores à conduta adotada no setor em evidência e em outros cenários equivalentes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Compreender a prática do cuidado de enfermagem com a venopunção periférica em recém-nascidos prematuros, seus desafios para a promoção do conforto e minimização da dor com vistas à segurança do paciente.

2.2 Objetivos específicos:

- Descrever o perfil dos participantes da pesquisa;
- Caracterizar o procedimento de venopunção periférica em recém-nascidos prematuros, enquanto prática de cuidado executada pela equipe de enfermagem;
- Identificar o conhecimento dos profissionais acerca desta prática de cuidado;
- Relacionar a atenção voltada pelo profissional às manifestações do RNPT, antes, durante e após o procedimento, na perspectiva da segurança do paciente;
- Verificar as medidas de promoção do conforto e minimização da dor em relação à venopunção periférica em RNPT.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Resgate histórico da Neonatologia no Brasil

No Brasil, a assistência ao RN começou a se organizar na primeira metade do século XX, sob influência de países mais desenvolvidos. Os cuidados prestados aos RN e, em especial, aos RNPT, foram os introdutores de uma assistência de qualidade e responsável pela redução da morbimortalidade peri e neonatal (CRUVINEL; PAULETTI, 2009).

A partir dos estudos dos médicos Jaime Silvado e Antonieta Morpurgo, o Dispensário Moncorvo recebeu uma proposta de criar um serviço de incubadoras nesta instituição (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004). A assistência neonatal evoluiu juntamente ao avanço científico e tecnológico, de modo que transformações ocorreram com ampliação da assistência perinatal que envolve gestantes e RN, sendo UTIN criadas, viabilizando aumento significativo na sobrevivência dos RN (CARDOSO et al., 2010).

Como mudanças alcançadas, ao longo deste percurso histórico, apontam-se a administração de dieta nas primeiras horas após o nascimento e o aparato tecnológico. Propiciou-se ambiente extremamente barulhento e ruidoso, fazendo requerer o aumento do quantitativo de profissionais dedicados aos cuidados neonatais. Ademais, o mínimo manuseio foi substituído pela intervenção e manipulação excessiva, enquanto, em meados dos anos 1990, passou a ser valorizada a permanência dos pais nas UTIN, favorecendo um vínculo profundo e duradouro, trazendo efeitos positivos àqueles e às crianças (SÁ; RODRIGUES, 2010).

Infere-se que o incentivo à permanência dos pais em Unidades Neonatais tem sido influenciado por políticas públicas do Ministério da Saúde (MS), em prol da assistência ao recém-nascido baixo peso (RNBP), o que inclui: Método Mãe Canguru (MMC); Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Portaria 569/2000); e Rede Cegonha, que preconiza atenção humanizada ao nascimento do RN (BRASIL, 2011).

O atendimento perinatal tem sido foco prioritário do MS, haja vista que no componente neonatal reside o maior desafio para a redução da mortalidade infantil nas diferentes regiões brasileiras, propondo-se uma abordagem profissional fundamentada na integralidade do cuidado obstétrico e neonatal (BRASIL, 2011).

O MMC, incorporado na década de 1990 às políticas de saúde, consiste em um modelo de assistência perinatal voltado à melhoria da qualidade do cuidado. Desenvolvido em três etapas, conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007, parte dos princípios da

atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e RN e favorece o seu vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do RN; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neuro-comportamental e psicoafetivo do RN; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; contribui para a otimização dos leitos de UTIN e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) (BRASIL, 2011).

Define-se, pois, como contato pele a pele entre a mãe, pai ou avós, devendo ser precoce, prolongado e contínuo, iniciando-se no hospital e sendo mantido em casa, até que o RN alcance 40 semanas, sendo mantido sob aleitamento materno exclusivo. Logo, a tríade amor-calor-aleitamento materno é estabelecida, consistindo na proposta de atenção humanizada ao RNPT ou RBNP (CRUVINEL; PAULETTI, 2009).

Em se tratando do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, seus princípios e diretrizes explicitam que toda gestante tem direito a: atendimento digno e de qualidade, no decorrer da gestação, parto e puerpério; acompanhamento pré-natal adequado; saber e ter assegurado o acesso à Maternidade em que será atendida, no momento do parto; assistência ao parto e ao puerpério, de forma humanizada e segura. Ademais, ao RN cabe o direito à adequada assistência neonatal, sendo as autoridades sanitárias responsáveis pela garantia dos direitos enunciados (BRASIL, 2000).

Enquanto isto, a Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visa a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante gravidez, parto e puerpério. À criança, visa-se direcionar o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Os seus objetivos, portanto, consistem em: fomentar implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, focado na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil; reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011d).

A discutida Rede mostra-se organizada, pois, a partir das seguintes diretrizes: acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses, com qualidade e resolutividade; acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

No que concerne à prematuridade, Chiapini (2009) especifica: prematuridade limítrofe ocorre entre 35 e 36 semanas de gestação, estando o peso entre 2200 g e 2800 g e a estatura entre 45 e 46 cm; prematuridade moderada (entre 30 e 34 semanas de gestação, peso entre 1600 g e 2600 g, estatura entre 39 e 44 cm); prematuridade extrema (RN antes de 30 semanas de gestação, peso inferior a 1500g).

Os partos prematuros são, no Brasil e no mundo, a principal causa de morbimortalidade neonatal e pós-neonatal, fazendo-se investigar os possíveis fatores de risco para a sua ocorrência, incluindo: características socioeconômicas; raça/cor de pele preta, doença periodonta, índice de massa corporal (IMC) materno baixo; uso de drogas, tabagismo; fatores emocionais; intervalo intergestacional inferior a seis meses, gestação múltipla, polidrâmnio ou oligodrâmnio, encurtamento cervical (< 3 cm), anomalias uterinas e sangramento vaginal devido à placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta, infecções pélvicas e intrauterina, história de conização, cirurgia de alta frequência e abdominal da gestante; doenças maternas, como hipertensão arterial, diabetes ou doenças da tireóide. Há destaque, entretanto, para a história de parto prematuro (VETTORE et al., 2013).

Uma consequência da prematuridade é o atraso do desenvolvimento motor (BRASIL, 2011c), cujos efeitos aparecem nas idades posteriores, em dificuldades para a realização de atividades de vida diária e nas atividades acadêmicas, quando comprometendo o desempenho escolar. (RODRIGUES; BOLSONI-SILVA, 2011).

O apoio social tem sido amplamente discutido nos países desenvolvidos, apresentado como um fator redutor do estresse e positivo ao desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento, ajustamento e adaptação do indivíduo (GUIMARÃES; MELO, 2011). Ademais, no intuito de diminuir a incidência de prematuridade e evitar internamento e intervenções desnecessárias, tem-se pesquisado marcadores que predizem o risco de ocorrência de parto prematuro (DÓRIA; SPAUTZ, 2011).

O desenvolvimento tecnológico propicia nascimento de crianças que seriam inviáveis, de tal forma que os meios de sobrevivência de órgãos imaturos e o cuidado terapêutico caminham juntos, protegendo a saúde mental do RNPT interno em UTIN (FARIAS et al., 2010). Entretanto, o ambiente interfere na maturação e organização do seu sistema nervoso central, fazendo necessária a sua avaliação rigorosa e progressiva, em vistas do planejamento da assistência ao RN de risco (CARDOSO et al., 2010).

Em detrimento do alto volume de equipamentos que compõe uma UTIN, a tecnologia pode imperar sobre as relações sociais, trazendo impessoalidade, frieza e desvalorização do cuidado, fazendo requerer que se repensem as formas de relacionamento (SÁ; RODRIGUES,

2010). A assistência não se direciona, apenas, a condutas técnicas operacionais, mas também à tecnologia associada ao acolhimento, assistência integral e humanizada, cultivando-se empatia e bem-estar, com embasamento na assistência humanizada, representada por toque, escuta e olhar aberto (FARIAS et al., 2010).

Em contrapartida, a assistência pode ser dificultada por escassez de recursos materiais e/ou humanos, dessensibilização ou instrumentalização técnica, por parte dos profissionais de saúde. O interesse pelo atendimento às necessidades do trabalho e a ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas de atenção à saúde fazem, portanto, da atuação da enfermeira neonatologista um constante desafio (CARDOSO et al., 2010).

Entretanto, embora o processo de trabalho da UTIN proporcione constantes desgastes e envolva obstáculos para a oferta da assistência humanizada, os trabalhadores criam estratégias para atender às necessidades dos usuários e também desenvolvem ações que facilitam suas práticas (SOUZA; FERREIRA, 2010).

A necessidade de especialização de enfermeiras que atuam em UTIN merece, então, ser destacada (LÉLIS; MACHADO; CARDOSO, 2009), haja vista que as orientações fomentadas através de treinamentos são insuficientes. Um dos primeiros passos, nesse sentido, é a adoção de observação acurada das respostas comportamentais e fisiológicas do bebê, visando à diminuição do estresse e da dor, contribuindo para o seu conforto, segurança e desenvolvimento (REICHERT; LINS; COLLET, 2007). Esta vertente do conhecimento será discutida, com afinco, em capítulos subsequentes.

3.2 Exercício profissional do enfermeiro: competência, habilidades e atitudes

O exercício da enfermagem já se fez alicerçado na solidariedade humana, misticismo, senso comum e credices, até que a sistematização do ensino da prática do cuidar em enfermagem promoveu o surgimento desta profissão. No Brasil, o período que antecede o ano de 1890 é definido como o “pré-profissional”, enquanto, a partir de então, com a criação da “Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados”, alcançou-se o período profissional (KUREBAYASHI et al., 2008).

No cenário político nacional, pioneiras da enfermagem identificaram a importância e necessidade de regulamentação legal do exercício da enfermagem, rumo à consolidação dos profissionais dessa área (OGUISSO; SCHMIDT, 2007). Com objetivos estabelecidos, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) constituiu uma instância de luta pela aprovação de leis favoráveis à profissão (KUREBAYASHI et al., 2008).

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (LEPE) nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987 (BRASIL, 1987), dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem em território brasileiro para enfermeiros, parteiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, e define as atribuições para cada uma dessas categorias profissionais (KUREBAYASHI et al., 2008). Considera-se a enfermagem, portanto, aquela atividade exercida por pessoas que passaram por um processo formal de aprendizado, com um ensino sistematizado, com currículo definido e estabelecido por ato normativo da autoridade oficial, com um diploma documentando a titulação referente aos conhecimentos adquiridos (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

As relações de trabalho, na enfermagem, são reguladas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), que discute o exercício da profissão com liberdade e autonomia (BRASIL, 2007). Embora ratificada, a liberdade parece ser tolhida diante de normas legais, administrativas, éticas e institucionais que condicionam esta prática, onde reside o paradoxo da liberdade/autonomia (PRZENYCZKA et al., 2012).

Estudos indicam a dificuldade de os enfermeiros exercerem a prerrogativa de autonomia e prática assistencial, em virtude de: falta de conhecimento, segurança, recursos materiais e humanos, competências nas relações interpessoais com a equipe, e liberdade; desvalorização profissional; paradigmas das instituições formadoras; hierarquia e burocracia dos empregadores; poder (JESUS; SAID, 2008). Ademais, sua representação social mostra-se contraditória, não consolidada, dependendo de comportamento profissional e ações adotadas por serviços públicos e privados (GOMES; OLIVEIRA, 2010).

A enfermagem se defronta com o desafio de promover o desenvolvimento de sua equipe, com assistência de qualidade e bem fundamentada, responsabilidade ética, legal e técnica. Para isto, adota-se um processo de trabalho que sistematiza a assistência e direciona o cuidado e promove segurança ao usuário e profissionais: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Através desta, identificam-se as necessidades do primeiro, sendo apresentada uma proposta ao seu atendimento e direcionada a equipe de enfermagem em suas ações. Trata-se, pois, de um processo dinâmico, que faz requerer a detenção de conhecimento técnico-científico (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Em se tratando das atribuições da equipe de enfermagem, cita-se a obtenção de acesso venoso. Dentre os materiais utilizados neste procedimento, destaca-se o PICC, cateter longo e flexível, cujo comprimento varia de 8 a 75 cm. Inserido por veia periférica, progride até o sistema venoso central, devendo sua ponta ser alocada no terço inferior da veia cava superior ou no terço superior da veia cava inferior (DÓREA et al., 2011).

Indicado para a terapêutica parenteral prolongada, sua vantagem é de ser mais seguro para infusão de soluções vesicantes, causando menor estresse, desconforto e redução da exposição à punção venosa. Suas desvantagens incluem a necessidade de habilitação profissional, rede vascular calibrosa e íntegra e disponibilidade de equipamento de radiografia para certificação anatômica de sua extremidade (DÓREA et al., 2011).

O PICC é considerado uma alternativa segura de acesso central de permanência prolongada. No Brasil, utiliza-se este cateter há, aproximadamente, duas décadas, de modo que a Resolução 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no artigo 1º, considera lícito ao enfermeiro a inserção do PICC. Entretanto, em seu artigo 2º, contempla-se que é necessária a submissão do enfermeiro a um curso de qualificação devidamente regulamentado, onde são abordados aspectos do conhecimento teórico-prático sobre a utilização do PICC. Estes cursos, promovidos por sociedades e instituições particulares, possuem carga horária média de 24 horas, compreendendo aulas teóricas e práticas (LOURENÇO; OHARA, 2010).

O enfermeiro é, portanto, um profissional habilitado para inserção do PICC, sendo amparado pela Resolução nº 258/2001 e pela Lei nº 7.498/86 (COFEN, 2001).

Além do respaldo legal para a execução do procedimento, são requeridos do enfermeiro embasamento teórico e habilidade técnica que suportem a tomada de decisão clínica e a promoção de resultados assistenciais efetivos e positivos na inserção do PICC, de acordo com a terapia medicamentosa (BAGGIO; BAZZI; BILIBIO, 2010).

Todo RN que necessite de infusão hidroeletrólítica superior a seis dias tem indicação de PICC, que deve ser a primeira escolha, desde que aquele apresente boa perfusão periférica e hidratação. Entretanto, este procedimento não pode ser realizado em situações de urgência, devido à sua alta complexidade, que requer tempo, ambiente estéril e profissional habilitado (LIENEMANN; TAKAHASHI; SANTOS, 2014).

O dispositivo tem suplantado o convencional cateter venoso central (CVC), seguindo o cateterismo umbilical, como escolha para acesso central. Infere-se que seu desenvolvimento previa, inicialmente, o uso pela população neonatal, sendo atualmente utilizado em todas as faixas etárias. Os principais acessos de escolha para inserção periférica do PICC em membros superiores são a veias basílica, cefálica e braquial (BAGGIO; BAZZI; BILIBIO, 2010).

A prática de cuidado de enfermagem fomenta-se, pois, no gerenciamento, educação e pesquisa, sendo fortalecida por entidades de classe e legislação, mediante aplicação de conhecimento científico, técnico, tecnológico, humanístico, estético, ético, político e histórico. Nas últimas quatro décadas, a mesma tem alcançado maiores patamares acadêmicos

e condição igualitária às demais profissões da saúde. Acrescenta-se, pois, visibilidade a sua autonomia, o que faz desta profissão tão responsável pela promoção da saúde quanto as demais (TRENTINI; PAIN; VÁSQUEZ; 2011).

3.3 Particularidades da venopunção periférica em RNPT e desafios para o cuidado de enfermagem

A palavra tecnologia é definida como técnicas, conhecimentos, métodos, materiais, ferramentas e processos utilizados para resolver problemas ou facilitar a sua solução. O cuidado de enfermagem é, pois, essencialmente tecnológico, pois é a partir da observação sistematizada e fundamentada cientificamente que as ações deste cuidar são determinadas (ANTUNES et al., 2010). Dentre as tecnologias identificadas no cenário da atenção à saúde, destaca-se a TIV (OLIVEIRA; BEZERRA; PEREIRA, 2008), procedimento secular, porém, responsável por grande parte dos eventos adversos durante o período de internação hospitalar (LOUREIRO et al., 2009).

Historicamente, o uso da punção de vasos sanguíneos para fins terapêuticos, diagnósticos e de monitoração hemodinâmica teve início no Renascimento. No entanto, foi durante a segunda metade do século XIX que a TIV foi considerada eficaz, observando-se que as drogas tornavam-se mais diluídas, diminuindo as reações inflamatórias e a trombose química (FREITAS; NUNES, 2009).

Em se tratando da escolha do vaso para a realização de AVP, o arco dorsal da mão ou veias metacarpianas consiste no local da primeira escolha, devendo-se avaliar a presença de lesões vasculares e cicatrizes de punções. Deve-se iniciar nas áreas distais dos membros superiores, evitando-se articulações. Em contrapartida, considerando a necessidade de levar a mão à boca e à face e a sucção das mãos, recomendam-se as veias do braço e antebraço (cefálica basílica, mediana basílica, cefálica acessória, mediana cefálica e mediana antebraquial e da fossa ante-cubital); seguidas das veias safena, poplítea e do arco dorsal do pé, preservando-se o arco-dorsal da mão, por o dispositivo intravenoso interferir no comportamento organizacional do bebê (CARDOSO et al., 2011).

Suas vantagens dizem respeito à administração de drogas que não podem ser absorvidas por outros acessos; fármacos com propriedades irritantes; em situações de necessidade de ação instantânea; suspensão imediata do medicamento frente a reações adversas ou de sensibilidade; melhor controle da diluição e velocidade de administração; inabilidade de ingesta adequada de fluidos, eletrólitos, vitaminas e/ou calorías; procedimentos

cirúrgicos, desequilíbrio hidroeletrólítico, perda de sangue, infecção e disfunção de órgãos e sistemas (LIMA, 2013).

No entanto, o AVP apresenta como desvantagem a dificuldade de sua manutenção, potencializando, assim, o sofrimento da criança. Acrescenta-se que a IPCS associada a CVC é a principal infecção em UTIN, embora existam serviços com outras realidades em nosso país (BRASIL, 2013). Surge, desta análise, a importância do conhecimento técnico-científico, por parte do enfermeiro e equipe assistente, sobre os mecanismos de instalação e manutenção da TIV para a prevenção e detecção precoce de complicações e intercorrências (FERREIRA et al, 2010).

A utilização de AVP requer habilidade e conhecimentos do enfermeiro, sendo de sua competência e responsabilidade a administração de medicação por via endovenosa, o que lhe confere autonomia profissional e exige conhecimento técnico e científico com relação aos cuidados com infusão venosa, para a prevenção e detecção precoce de possíveis complicações e intercorrências (FERREIRA et al., 2010).

O enfermeiro que o realiza precisa dotar dos seguintes conhecimentos e princípios, no intuito de planejar, realizar e desenvolver a TIV: anatomia e fisiologia; função do sistema vascular e sua relação com outros sistemas; bioquímica e farmacologia; SAE; habilidades para obtenção do acesso; compreensão da sensibilidade, especificidade e integralidade de cada indivíduo/família/comunidade; interação e colaboração com outros membros da equipe de saúde; liderança; elaboração de políticas e protocolos; gestão, qualidade e segurança do paciente; dentre outros (HARADA; PEDREIRA, 2011).

Destarte, para a seleção do sítio de inserção da TIV, deve-se incluir a avaliação das condições de acesso, idade, diagnóstico, condições de rede venosa, história de acessos anteriores, tipo e tempo da terapia. O vaso sanguíneo precisa suportar o calibre e comprimento do cateter, devendo a primeira instalação iniciar pela região mais distal, considerando as particularidades de cada fármaco e possibilidades de complicações. Ademais, o cateter deve ser o mais curto e de menor calibre, além de se evitar áreas de flexão (MODES, 2011). Para uma avaliação do sítio de inserção do cateter, o enfermeiro deve demonstrar competência e habilidade, fazendo-se uso de um padrão (XAVIER; OLIVEIRA; ARAUJO, 2011).

Deve-se, ainda, considerar: tipo de agulha ou cateter que pode ser empregado, conforto e segurança do paciente, necessidade de checar a prescrição médica, lavar as mãos, preparar o dispositivo, avaliar o paciente, realizar preparo psicológico, selecionar o local e

dilatar a veia. Vale ressaltar que as técnicas de punção venosa devem ser realizadas de forma asséptica, a fim de se proporcionar uma terapia parenteral segura (GOMES et al., 2011).

Embora tais cateteres forneçam o acesso vascular necessário, sua utilização coloca os pacientes em risco de complicações infecciosas sistêmicas e locais. Faz-se necessário, pois, condutas preventivas e de manutenção do AVP do RN internado em UTIN, permitindo que as infusões venosas tenham continuidade com segurança e garantindo o estabelecimento e recuperação de sua saúde (XAVIER; OLIVEIRA; ARAUJO, 2011).

A melhor prevenção para as complicações relacionadas ao acesso venoso está diretamente ligada à escolha de veias mais calibrosas e à utilização de CVC para administração de soluções hipertônicas, além da escolha do menor dispositivo, com rodízio do local puncionado, a cada 72 horas. Acrescentam-se: fixação do dispositivo, habilitação profissional, higienização das mãos, protocolo de orientação sobre medicações irritantes e soluções hipertônicas e troca dos frascos de soluções a cada 24 horas (TERTULIANO et al., 2014).

Ademais, deve-se confirmar o posicionamento do cateter; lavá-lo antes de conectá-lo à solução a ser infundida; proceder com a antisepsia do local, utilizando clorexidina alcoólica a 2%, aguardando a completa secagem natural e evitando palpar o vaso após a antisepsia; evitar locais de flexão; deixar a região próxima à inserção visível; estabilizar o cateter, que deve ser flexível; aplicar a Escala de Classificação de Infiltração e Extravasamento. Orientam-se, ainda, rodízios do local da punção venosa a cada 72 horas, para cateteres de teflon, e a cada 96 horas, para cateteres de poliuretano. Os curativos transparentes, por sua vez, permitem contínua inspeção da área puncionada, além de serem confortáveis, impermeáveis à água e seguros (MODES et al., 2011).

Quanto ao tratamento para as complicações supramencionadas, este se inicia pela imediata interrupção da infusão, acrescido de: elevação do membro por 24 a 48 horas; aplicação de compressa fria ou quente, de acordo com o medicamento envolvido; oferta de antídoto, quando necessário; evitar punções adicionais no local. Se presente extravasamento de solução e eletrólitos por nutrição parenteral, potássio, cálcio, glicose 10% ou concentração superior ou antibióticos, utilizar hialuronidase (MODES et al., 2011).

Em se tratando da identificação da dor em neonatos, esta vem se configurando como um desafio, transformando-se em um processo complexo, em detrimento de os pacientes neonatais não serem capazes de se manifestarem verbalmente. A Associação Internacional para o Estudo da Dor a conceitua como uma experiência sensorial e emocional desagradável,

associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão (SANTOS et al., 2012).

As vias anatômicas responsáveis pela sensação dolorosa já se encontram desenvolvidas, precocemente, na 7ª semana de gestação, estando totalmente espalhadas pela superfície corporal em torno da 20ª semana de gestação. Por este motivo, apesar da ausência de verbalização, RNPT e lactentes podem sentir dor (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

Experiências adversas ou traumáticas podem elevar a taxa do hormônio cortisol no ser humano, que pode afetar o metabolismo, sistema imunológico e cérebro. A título de exemplificação, crianças que apresentam, de forma crônica, altos níveis de cortisol têm demonstrado maior atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social (CRUVINEL; PAULETTI, 2009).

A dor acarreta importantes repercussões para o RN, como o desenvolvimento cerebral prejudicado, o que ameaça a sua estabilidade fisiológica e ocasiona problemas comportamentais e psiquiátricos, como ansiedade, depressão e esquizofrenia. O manuseio excessivo pode provocar hipoxemia, apneia, bradicardia e comportamento de estresse, além de perturbar o seu ritmo de sono. A redução da dor, portanto, aumenta a homeostase e contribui na manutenção do equilíbrio e estabilidade (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

Nesta perspectiva, a enfermagem desempenha papel fundamental no controle da dor e sofrimento do RNPT (OLIVEIRA et al., 2011), destacando-se na utilização de medidas de prevenção, redução ou eliminação do desconforto produzido por estímulos indesejáveis em unidades neonatais. (SANTOS et al., 2012).

Compreende-se, pois, que a avaliação comportamental do RN é preponderante para constatar processos algícos, o que inclui resposta motora, mímica facial, choro e padrão de sono e vigília. Mesmo nos prematuros, reconhece-se rigidez do tórax, flexão e extensão das extremidades e movimentos específicos das mãos (mão espalmada com os dedos esticados e fechamento súbito). Dentre os parâmetros fisiológicos de dor, utilizam-se: frequências cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial sistólica, que, por serem objetivos, não devem ser utilizados de forma isolada. Aliados a essas observações, faz-se uso de escalas de dor, instrumentos decodificadores da linguagem do RNPT, possibilitando o seu reconhecimento, quantificação e manejo (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

As técnicas aplicadas ao RN incluem a oferta de sucção não-nutritiva com gaze ou dedo enluvado, durante e após a punção, suporte postural, glicose oral antes e após aplicação de um estímulo doloroso, diminuição do estímulo tátil e sucção ao seio materno. O uso da

sacarose é seguro e efetivo para reduzir a dor na punção de calcâneo e punção venosa (MODES et al., 2011).

Neste sentido, é importante enfatizar que o tratamento da dor se inicia por ações de humanização, redução de ruído e luz, observação de protocolos de intervenção mínima e abordagem não-farmacológica da dor, terapêutica analgésica ou anestésica. O carinho também deve fazer parte da rotina das UTIN (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

No Brasil, as medidas não-farmacológicas compreendem: enrolamento, contenção facilitada e contato pele a pele; apesar de ainda haver uma distância entre o conhecimento teórico sobre elas. Os protocolos de cuidados para RN devem incorporar a minimização das intervenções dolorosas e avaliação rotineira da dor, incluindo as dimensões ambiental, comportamental e farmacológica (AQUINO; CHRISTOFFEL, 2010).

Enquanto isso, o tratamento farmacológico da dor inclui os analgésicos não opioides, para processos dolorosos leves ou moderados; e os analgésicos opioides, que atuam nos receptores especificamente ligados à analgesia, podendo desencadear depressão respiratória, retenção urinária, tolerância e dependência física. Por isso, é necessário o conhecimento dos seus mecanismos de ação, utilizando-os de maneira segura (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

Assim, estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2011) demonstra motivação para a prestação de cuidados aos neonatos, de modo que a maioria dos participantes apresentou conhecimento sobre a eficácia de medidas não farmacológicas para tratamento e prevenção da dor, resultado positivo, a ser estimulado.

Como medidas minimizadoras da dor no RNPT exposto à punção venosa, citam-se, pois: sucção e uso da glicose; posicionamento, contenção e organização do RN de forma confortável; acalento, aconchego e manuseio cuidadoso. Assim, os cuidados de enfermagem devem ir além do procedimento em si, prevenindo possíveis danos à saúde física e mental daquele RN (RODRIGUES et al., 2012).

Na dor prolongada, entretanto, os RNPT podem estar em um estado de passividade, com poucos movimentos corporais, rosto inexpressivo, redução de variabilidade das frequências cardíaca e respiratória e do consumo de oxigênio. Assim, devem ser reconhecidos os sinais de estresse, como a abertura dos dedos das mãos, olhar desviado e bocejo, indicadores para a mudança do procedimento (MODES et al., 2011).

Reportando-se à realidade local, estudo realizado em uma Maternidade de referência para atendimento a gestantes de alto risco, localizada no estado de Alagoas, refere limitação no uso de instrumentos que facilitem a detecção e graduação da dor de RNPT. Isto pode estar atribuído ao grande percentual de enfermeiras detentoras de pouca experiência prática na área

neonatal. As autoras reconhecem que a organização do serviço, através protocolos de avaliação e intervenção, associados à SAE, pode resultar em melhoria da conduta dos profissionais de enfermagem que executam procedimentos dolorosos no RNPT (PRESBYTERO; COSTA; SANTOS, 2010).

3.4 Venopunção periférica em RNPT com vistas à segurança no cuidado de enfermagem

A assistência à saúde desenvolve-se em um sistema extremamente complexo, onde procedimentos realizados podem predispor ao erro e agravar suas consequências, resultando em prejuízos ou lesões, denominados eventos adversos (EA). Estes se referem ao aparecimento de um problema de saúde causado pelo cuidado, e não pela doença de base, podendo ser oriundos de medicamentos, procedimento cirúrgico e/ou médico, tratamento não medicamentoso ou incorreção no diagnóstico (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2010).

Diante desta possibilidade de ocorrência de EA, no setor saúde, destaca-se o componente histórico concernente a iniciativas relacionadas à segurança do paciente. Dentre estas, menciona-se a publicação do relatório sobre erros relacionados com a assistência à saúde - *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (To err is human: building a safer health system)*, em 1999. Atualmente, o movimento para a segurança do paciente utiliza a abordagem de “repensar os processos assistenciais”, no intuito de antecipar a ocorrência dos erros, antes que causem danos aos pacientes em serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A segurança do paciente corresponde, portanto, à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O desenvolvimento contemporâneo desta área permitiu um novo olhar sobre o cuidado de saúde, sendo influenciado por outros campos do conhecimento (BRASIL, 2013).

A área de estudo da segurança, entretanto, inclui os incidentes que causam dano, assim como as falhas da atenção que, apesar de não causarem dano, poderiam tê-lo causado. Quando as intervenções em segurança do paciente focam na prevenção de situações/procedimentos potencialmente nocivos, aplicam-se aspectos vinculados à qualidade do cuidado em saúde. (BRASIL, 2013). A qualidade do cuidado se refere, portanto, ao grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados, consistindo a segurança em uma de suas dimensões (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

Em 2003, lançou-se, nos Estados Unidos da América (EUA), uma lista de pontos relacionados à segurança do paciente, atendendo aos seguintes princípios: reduzir a chance de

se causar dano ao paciente; aplicação em diferentes níveis de assistência; conhecimento utilizado por pacientes, profissionais de saúde, fontes pagadoras e pesquisadores (ZAMBON, 2010).

A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde tem alta prioridade, na Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente tem recomendado aos países maior atenção a esta temática, apoiando-os no desenvolvimento de políticas públicas e práticas correlacionadas (BRASIL, 2011).

Destarte, estudo revela que, apesar de a literatura alertar sobre os riscos para a segurança do paciente, o inadequado número de profissionais de enfermagem é apontado como um dos entraves a serem enfrentados, considerando-se os diferentes cenários. A complexidade do SUS é agravada por uma série de questões estruturais, políticas, econômicas e culturais, a serem superadas em vista de melhorar os ambientes de cuidado (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Os equipamentos e dispositivos para a saúde podem representar uma outra fonte de risco para a ocorrência de erros, haja vista a variedade de dispositivos, fabricantes e especificações técnicas, o que faz exigir do trabalhador conhecimento e atenção para operá-los (BRASIL, 2013).

Dentre as tecnologias utilizadas na UTIN, a TIV merece destaque, cujos cateteres utilizados expõem o RNPT a potencial de risco à sua segurança. A escassez de pesquisas afins faz com que a TIV seja, por vezes, embasada, unicamente, em tradições institucionais, senso comum, rotinas da enfermagem e recomendações do fabricante dos dispositivos (CARDOSO et al., 2011). A própria qualidade do material utilizado pela equipe precisa ser analisada e validada, entendendo-se a importância da qualidade do atendimento ao usuário (OLIVEIRA; CHAVES, 2009).

Ainda há de se mencionar que, no contexto assistencial brasileiro, poucos são os enfermeiros que atuam em ambientes que centram suas ações em evidências científicas. Muitos passam seu dia de trabalho corrigindo falhas no sistema e, ao final do dia de trabalho, percebem que não conseguiram prestar cuidados de enfermagem diretos ao paciente, assim como supervisionar os cuidados prestados por técnicos ou auxiliares de enfermagem. Assim, a busca de evidências em enfermagem deve ser priorizada, no intuito de interligar a capacitação profissional aos resultados em saúde, podendo-se demonstrar que os mais capacitados produzem melhores resultados (PEDREIRA; 2009).

Sobremaneira, o cuidado de enfermagem e a tecnologia estão interligados, pois o primeiro indica o tipo de tecnologia a ser empregada. Na perspectiva da punção venosa, o enfermeiro deve realizá-la interagindo com o RNPT, em vistas do seu bem-estar nas diferentes etapas (PACHECO et al., 2012). O produto do ato de cuidar se estabelece sob intensa subjetivação entre as partes, desenhando o encontro um cuidado com o corpo que pulsa. Além disso, faz remeter à complexidade de saber ouvir com atenção e tranquilidade, ser criativo na resolução dos problemas e estar atento à promoção de qualquer dano ao cliente (CARDOSO; SILVA, 2010).

De modo complementar, o cuidado centrado na família surgiu devido à compreensão de que esta é um elemento fundamental no cuidado de seus membros. O isolamento social consiste em um fator de risco, especialmente aos indivíduos mais dependentes, sendo recomendado que os profissionais incentivem a continuidade desta ligação. Na enfermagem pediátrica, a filosofia abrange que, além de cuidar da criança, a sua família também é compreendida como unidade de cuidado (PINTO et al., 2010).

O cuidar, pois, não se limita ao aspecto técnico, a uma tarefa ou procedimento, englobando atitudes que possibilitam atender o outro com dignidade humana. Cuidar do RN resgata a sensibilidade do cuidado. Portanto, a tecnologia é uma medidora da racionalidade e da subjetividade humana, fortalecendo e qualificando o cuidado em saúde (SÁ; RODRIGUES, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva aplica-se ao estudo, uma vez que este propõe fornecer informações detalhadas sobre pessoas, locais ou fatos em um cenário (CRESWELL, 2007). O estudo qualitativo busca entender como um fenômeno varia em diferentes circunstâncias e compreender esses significados (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010). Dessa forma, o produto do estudo qualitativo é ricamente descritivo (GUDOLLE; ANTONELLO; FLASH, 2012).

A abordagem qualitativa é particularmente importante, uma vez que os fenômenos do mundo social e psicológico podem não ser adequadamente quantificados. A aplicação deste método permite descobrir e entender o significado de eventos, práticas sociais, percepções próprias e ações de indivíduos estudados através de um espaço mais profundo das relações (GIL; LICHT; SANTOS, 2006).

A observação não-participante, enquanto técnica qualitativa de investigar uma realidade, objetiva observar atitudes e ações diversas dos sujeitos-alvo de investigação, no intuito de compreender ou esclarecer determinada temática. Neste tipo de pesquisa, o investigador não participa ativamente da situação, assistindo às ações dos sujeitos, no intuito de permitir que estes tomem consciência de suas práticas individuais e sociais (FERREIRA; SAMPAIO, 2005).

Considerando-se que os objetivos deste estudo envolvem análise, caracterização e descrição dos cuidados de enfermagem prestados no contexto de venopunção periférica em RNPT, reconhece-se a aplicabilidade deste método.

4.2 Cenário

Em Maceió, Alagoas, existem 6 (seis) Unidades Neonatais, o que inclui as da Maternidade Escola Santa Mônica (MESM/UNCISAL), Hospital Unimed, Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Hospital da Agro-indústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas (HAIA), Hospital Maceió e a Unidade Neonatal do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, vinculado à Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL). Esta última, localizada no bairro Tabuleiro do Martins, compreende o cenário desta pesquisa, escolhido

por se tratar de uma referência estadual neste contexto, regido pelo SUS, e por nele a pesquisadora atuar, enquanto servidora pública.

A referida Instituição de Saúde é classificada pelos Ministérios da Saúde e da Educação como hospital de grande porte, com 200 leitos, dos quais 60 são de Maternidade, referência para atendimentos a gestantes de alto risco. Seu perfil é de Hospital Geral de Ensino, especializado em procedimento de média e alta complexidades (UFAL, 2012).

Os Hospitais Universitários (HU) são considerados instituições estratégicas em detrimento de sua interface entre ensino e SUS. Planejados, a princípio, para oferecer assistência especializada e de maior complexidade (nível terciário e/ou quaternário), atendem a uma demanda de outros níveis assistenciais de outras instituições (VIEIRA; ARAUJO, 2003).

Neste sentido, o cenário deste estudo dispõe de 10 (dez) leitos direcionados a RN de risco ao nascer, que necessitam de algum tipo de suporte respiratório, o que corresponde à área de UTIN, propriamente dita. Entretanto este número é ampliado a 14 (quatorze) ou mais, a depender da demanda, o que gera desproporcionalidade em relação ao quantitativo de leitos disponibilizados pelo sistema de saúde estadual. A Unidade disponibiliza, ainda, 19 (dezenove) leitos para cuidados intermediários (UCIN), sendo composta por equipe multiprofissional de enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social e fisioterapeutas, além de outras especialidades que atendem à demanda hospitalar.

4.3 População

Inserem-se como sujeitos deste estudo profissionais componentes da equipe de enfermagem da Unidade Neonatal do HUPAA/UFAL. Conforme abordagem anterior, a escolha desta temática deve-se à vivência da autora em tal setor hospitalar, onde a equipe de enfermagem desenvolve uma série de procedimentos invasivos, incluindo-se o de venopunção periférica, como parte da rotina dos cuidados de enfermagem.

A inclusão dos sujeitos nesta pesquisa considerou o profissional vinculado ao setor em evidência, na condição de servidor público, contratado ou cedido pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAU); ocupando cargo de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem ou enfermeiro, e que desempenhasse o procedimento. Há de se destacar que, apesar de ocupantes de cargos de auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, alguns destes profissionais referiram possuir graduação em enfermagem. Além disso, todos os vinculados na primeira condição referiram haver concluído o curso técnico de enfermagem.

Mediante adoção destes critérios, os três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) puderam ser contemplados, cabendo à pesquisadora adotar as medidas necessárias para agendar cada encontro, no horário disponibilizado por cada participante.

Como critério de exclusão, levou-se em consideração o profissional que não se encontrava executando as atividades, no período de coleta de dados da pesquisa, por motivo de férias, licença médica ou outro.

Nesta perspectiva, 42 (quarenta e dois) profissionais se dispuseram a participar, voluntariamente, da pesquisa. A quantidade final de entrevistados foi, então, definida pela saturação teórica, que, segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), se refere ao fechamento amostral quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância de informações pertinentes à discussão de uma determinada categoria da investigação qualitativa.

4.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL, mediante Plataforma Brasil, tendo sido aprovado em abril de 2014, sob processo CAAE nº 30178514.3.0000.5013, parecer nº 608.622 (Anexo A), obedecendo ao que é preconizado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, concernente à realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

Autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade consistem nos princípios éticos observados por este estudo, assegurando-se os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa. Aos sujeitos foi transmitida a informação de que, em circunstância alguma, eles viriam a sofrer algum tipo de dano. Além de ter sido estabelecida uma relação respeitosa, com ausência de julgamento, preservou-se o esclarecimento acerca do estudo, objetivo, finalidade do trabalho e forma de coleta dos dados, garantindo-se o anonimato das informações.

O processo de aproximação com os participantes teve início após autorização emitida por responsável pelo cenário proposto, representada pelo setor de Direção de Ensino do HUPAA/UFAL (Anexo B). Tendo havido aceitação de participar do estudo, por parte do sujeito, em um local de sua preferência, foram explicados o objeto de estudo, objetivos, procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios, sigilo das informações prestadas, garantia do anonimato/não vinculação dos resultados da pesquisa à imagem dos mesmos, utilização de pseudônimos, confidencialidade e privacidade. Os participantes classificaram-se, portanto,

como voluntários do estudo, não tendo se exposto a qualquer situação de opressão ou constrangimento.

Posteriormente a esta fase de apresentação do trabalho, os indivíduos foram abordados no seu setor de trabalho, de acordo com sua disponibilidade de horário. Após os devidos esclarecimentos acerca dos componentes éticos que envolvem esta pesquisa, solicitou-se a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C), buscando-se anular quaisquer dúvidas relacionadas ao entendimento das informações, além de se proporcionar respeito à autonomia. O TCLE foi, então, assinado em duas vias, de modo que uma permaneceu com o sujeito, e outra, com a pesquisadora.

Ofereceu-se ao participante a liberdade para marcação de encontro adicional, deixando-se claro que, a qualquer momento, o mesmo poderia se recusar a participar do processo; o que não se fez necessário.

4.5 Coleta de dados

A produção das informações efetuou-se mediante aplicação de formulário de entrevista semiestruturado, o que correspondeu ao período compreendido entre abril e setembro de 2014. Este processo foi efetivado mediante utilização de um aparelho gravador, do tipo mp4, que permitiu o registro, em áudio, das informações.

A entrevista é considerada uma técnica cujo investigador se aproxima do informante e formula questões relativas ao seu problema, possibilitando o acesso a dados descritivos da linguagem própria do sujeito. Isto faz permitir que aquele desenvolva, interativamente, uma ideia sobre a interpretação dos indivíduos acerca dos aspectos do mundo (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas semiestruturadas são conduzidas fundamentadas em uma estrutura solta, consistindo em questões abertas que definem a área a ser explorada, a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir, a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes (GIL; LICHT; SANTOS, 2006).

O formulário de entrevista semiestruturado (Apêndice A) compôs-se de questões concernentes à: caracterização do profissional de enfermagem; concepções acerca da enfermagem em neonatologia; entendimento sobre segurança do paciente; indicações, vantagens, desvantagens da venopunção periférica; fundamentação teórica; preparo do RNPT para procedimento doloroso; cuidados durante a venopunção; suas complicações; satisfação profissional.

Compreendendo um período médio de 20 minutos, as entrevistas foram realizadas, integralmente, na Sala de Estar de Enfermagem do cenário do estudo e durante o dia e turno de trabalho de preferência do sujeito. A pesquisadora, inicialmente, citava as características gerais das perguntas a serem realizadas, sem que as participantes tivessem acesso prévio ao teor de cada uma delas. Posteriormente, procedeu-se com a transcrição, na íntegra, de cada entrevista, seqüenciada por agendamento de encontro adicional, com cada participante da pesquisa, resultando na necessária validação dos dados transcritos.

A articulação firmada entre ensino e serviço, mediante abordagem efetuada pela mestranda atuante no cenário desta pesquisa, favoreceu o estabelecimento de contatos mais aproximados com cada um dos sujeitos. As entrevistas puderam ser concretizadas sem qualquer necessidade de interrupção ou situações de desconforto, apesar de se tratarem de circunstâncias que envolviam colegas de trabalho.

Apesar de não haver compreendido aplicação de instrumento de coleta de dados, há de ressaltar a utilização de observação do tipo não-participante, junto à profissional executante do procedimento de venopunção periférica em RNPT. Nestes momentos, as impressões do cuidado puderam ser registradas em diários de campo, permitindo à pesquisadora atentar às características do RNPT exposto ao procedimento e aos aspectos a este relacionados, a citar: princípios de biossegurança; dificuldades enfrentadas; presença de complicações e cuidados ofertados diante destas.

Através desta abordagem adicional, tornou-se viável a verificação (ou não) de aplicação prática dos relatos coletados anteriormente. Nesta perspectiva, a profissional executante fazia-se ciente de que a pesquisadora não interviria em qualquer momento ou a qualquer decisão por ela adotada, já havendo manifestado autorização para isto.

4.6 Tratamento dos dados

Após a coleta de dados fornecidos e validados por todos os sujeitos, as informações foram analisadas. No intuito de se obter amostra suficiente, a pesquisadora precisa atentar a vários fatores, a citar: qualidade dos dados (transcrições legíveis, gravações claras), natureza da informação (clareza e facilidade de entendimento) e quantidade de informação útil, obtida a partir de cada sujeito participante (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Na perspectiva de identificação dos profissionais, durante a construção deste estudo, optou-se pelo uso da letra inicial de cada categoria, ou seja: enfermeiro é representado por “E”; auxiliar de enfermagem, por “A”; técnico de enfermagem, por “T”. Ademais, a referida

letra mostra-se acompanhada pela sequência numérica em que o profissional foi entrevistado, considerando a sua categoria profissional. Promoveu-se, pois, a preservação da identidade de cada profissional.

Para a análise dos dados, foi construído um banco de dados no Microsoft Word, fazendo-se uso da técnica de Análise de Conteúdo na modalidade temática. Essa técnica permite explorar diversas representações da realidade à luz de determinado referencial teórico metodológico, destinando-se à compreensão da dinâmica social e das relações estabelecidas entre os sujeitos em seus contextos de vida (FRAZÃO; ARAÚJO; LIRA, 2013).

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Sua utilização prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e a interpretação).

Na pré-análise, fase de organização, estabelece-se o primeiro contato com os documentos a serem analisados, sendo transcritas as entrevistas, quando se inicia a leitura flutuante. Escolhem-se, então, índices ou categorias, a partir das questões norteadoras ou das hipóteses, para serem organizados em indicadores ou temas, obtendo-se regras de exaustividade, representatividade, pertinência e exclusividade (BARDIN, 2011).

O presente estudo construiu-se, pois, de acordo com estas orientações. Selecionado o material a ser analisado, obtido através do instrumento de entrevista, os dados foram transcritos, validados e categorizados. Neste processo, atentou-se para não os omitir; a amostra representar o universo; os dados referirem-se ao mesmo tema e serem obtidos mediante técnicas iguais e indivíduos semelhantes; o material adaptar-se ao conteúdo e objetivo; e cada elemento ser classificado em uma única categoria.

Na fase de exploração do material, escolhem-se as unidades de codificação, classificação e categorização, sendo permitida uma esquematização, correlação e ordenação das classes de acontecimentos. Na presença de diferentes níveis de análise, estes devem ser separados em categorias diversas, relacionadas às intenções do investigador, objetivos da pesquisa e questões norteadoras. As categorias podem ser criadas a partir da teoria ou após a coleta de dados (BARDIN, 2011).

Em se tratando desta pesquisa, em todo o processo de construção de categorias, procurou-se preservar, na íntegra, a fala do entrevistado. Buscou-se reunir o maior número de informações apropriadas aos propósitos, de modo que cada elemento esteve atrelado a uma

categoria. Assim, a definição das categorias esteve fundamentada nas verbalizações relativas aos temas, tendo sido criadas após a coleta de dados.

Nesta perspectiva, emergiram-se duas categorias: prática profissional em neonatologia e cuidados com a venopunção periférica; aspectos de humanização e promoção do conforto pela equipe diante da venopunção periférica em RNPT.

O tratamento dos resultados, terceira fase do processo em discussão, inclui a inferência e a interpretação. Obtém-se um processo de indução para se investigar as causas, através dos efeitos, e então alcançar a interpretação de conceitos e proposições (BARDIN, 2011).

Assim, a confecção deste material esteve atrelada ao estabelecimento de relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, o que deu sentido à interpretação. O processo buscou identificar o que se esconde sob a aparente realidade e o discurso enunciado, assim como o querem dizer as afirmações que se mostram, aparentemente, superficiais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta considerações concernentes à caracterização dos participantes do estudo. Em seguida, discorre-se acerca das características identificadas no grupo, no que refere à contextualização do procedimento de venopunção periférica, atendendo ao objeto estudado.

Delinearam-se, pois, duas categorias, assim classificados: 1) Prática profissional em neonatologia e cuidados com a venopunção periférica; 2) Aspectos de humanização e promoção do conforto pela equipe diante da venopunção periférica em RNPT.

Caracterização dos participantes

O quantitativo de participantes da pesquisa resultou em 42 (quarenta e dois) sujeitos, assim representados: 11 (onze) auxiliares de enfermagem; 25 (vinte e cinco) técnicas de enfermagem; 6 (seis) enfermeiras.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais da equipe de enfermagem da Unidade Neonatal de um Hospital Universitário abr/set 2014

Variável	N (42)	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	6	14,28
Téc.	25	59,52
Aux.	11	26,19
Gênero		
Fem	42	100,00
Mas	0	0
Idade (anos)		
27-29	3	7,14
30-39	16	38,09
40-49	16	38,09
50-59	6	14,28
≥ 60	1	2,38
Estado civil		
Solt.	21	50,00
Cas.	17	40,47
Outros	4	9,52

Fonte: Formulário de Entrevista semiestruturado (Apêndice A).

Dentre as participantes, 11 (26,19%) ocupam o cargo de auxiliar de enfermagem; 25 (59,52%), de técnico de enfermagem; 06 (14,28%), de enfermeira. Enquanto isso, a totalidade dos entrevistados é do gênero feminino, haja vista que o único profissional de enfermagem do gênero masculino, lotado no cenário da pesquisa, encontrava-se em período de férias.

As práticas de cuidado sempre estiveram associadas a mulheres, de modo que a enfermagem moderna brasileira nasceu sob o discurso higienista do início do século XX, com a Igreja e a Medicina reduzindo a função da mulher à de mãe, esposa e educadora. Reservou-se à mulher/enfermeira uma mobilidade limitada, tendo-se como base da arte da enfermeira o instinto materno. Constituiu-se, pois, obstáculo ao ingresso de homens na enfermagem, apesar de se tratar de uma realidade cada vez mais presente, representando rupturas importantes com estereótipos de gênero relacionados à prática do cuidado (COELHO, 2005).

Em se tratando da idade dos sujeitos, o intervalo compreendido foi de 27 a 60 anos, sendo as faixas etárias mais significativas as de 30-39 anos e 40-49 anos, demonstrando iguais achados (38,09%). Em relação ao estado civil, 21 (50%) eram solteiras e 17 (40,47%), casadas.

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais da equipe de enfermagem da Unidade Neonatal de um Hospital Universitário abr/ set 2014

Variável	N (42)	%
Tipo de vínculo		
Estatutário	20	47,61
Cessão estadual	12	28,57
Contrato	10	23,81
Tempo de atuação no setor (anos)		
< 5	14	33,33
5-10	7	16,66
10-15	13	30,95
> 15	8	19,04
Setor de atuação		
UTIN*	11	26,19
UCIN**	15	35,71
UTIN e UCIN	16	38,09
Qualificação prévia		
Sim	13	30,95
Não	29	69,04

Fonte: Formulário de Entrevista semiestruturado (Apêndice A).

* Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

** Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

No que se refere à vinculação, 20 (47,61%) são servidoras da Universidade Federal de Alagoas (regime estatutário), quantitativo que se fez prevalente. No que diz respeito ao tempo de atuação no setor (UCIN e/ou UTIN), houve predominância de tempo igual ou inferior a 60 meses (33,33%). No que concerne ao setor de atuação, 16 entrevistadas (38,09%) referiram atuar em ambas as Unidades (UCIN e UTIN), ocupando posição de destaque.

Quando questionados acerca da participação em qualificação, previamente ao início de suas atividades no setor, 29 (69,04%) referiram não haver participado, o que representa parcela bastante significativa. Enquanto isso, entre as enfermeiras entrevistadas, 04 (quatro) referiram especialização em Pediatria/Neonatologia, o que corresponde a um percentual de 66,66%, tomando como denominador a quantidade de enfermeiras vinculadas ao setor (6).

5.1 Prática profissional em neonatologia e cuidados com a venopunção periférica

5.1.1 Conhecimento e prática dos profissionais de enfermagem com a venopunção periférica no RNPT

A UTIN caracteriza-se como uma área de assistência a RN criticamente enfermos e vulneráveis, que necessitam de cuidados de enfermagem especiais e contínuos, exigindo do profissional conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas (DUARTE; ELLENSOHN, 2007). Carmo et al. (2004) acrescentam que as características específicas da clientela neonatal conduzem a enfermagem a um saber e fazer específicos, fazendo requerer habilidades técnicas, experiência clínica, sensibilidade, competência e responsabilidade com o cuidar.

O desenvolvimento destas habilidades e competências especializadas permite ao enfermeiro o atendimento às necessidades específicas, individuais e integrais de RNPT. Em se tratando de procedimentos invasivos, a adesão aos fundamentos consoantes à segurança do paciente, por parte do profissional executante, representa respeito ao critério de qualidade do serviço prestado, com a amenização daqueles eventos e do sofrimento do paciente.

Nesta perspectiva, os participantes deste estudo fizeram referência às peculiaridades apresentadas pelo público-alvo de sua assistência. Em detrimento das mesmas, aqueles referem a necessidade de se deter de uma preparação diferenciada e bem fundamentada, como se pode observar na fala a seguir:

“Trabalhar com o RN é especial, um pouco diferente. A gente tem toda uma orientação antes de começar. (T19)”

“A maioria das pessoas não gosta, não tem prática. Eu gosto mais de bebê, não sei porque eu gosto. E pra cuidar, realmente. tem que gostar. (A4)”

“A enfermagem tem participação fundamental nos cuidados aos RNPT, principalmente na humanização. (E1)”

O enfermeiro e a equipe assistente que realizam a TIV precisam apresentar conhecimento técnico-científico, para prevenção e detecção precoce de possíveis complicações e intercorrências (FERREIRA et al., 2010); dotar de habilidade; (...) promover segurança ao paciente (HARADA; PEDREIRA, 2011); e interagir com o RNPT, anteriormente, durante e posteriormente à realização do procedimento (PACHECO et al., 2012). O AVP deve, então, ser obtido por profissionais devidamente capacitados (COSTA et al., 2012).

O enfermeiro coordena, orienta e supervisiona a equipe de enfermagem, outros funcionários e o ambiente, sendo detentor do saber e gerente do processo de trabalho de sua área de responsabilidade e assumindo os cuidados dos pacientes mais graves, além dos demais. Tenta, pois, aumentar sua autonomia e promover negociações entre as equipes, reconhecendo a importância do trabalho coletivo (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Quando questionados acerca da fundamentação teórica adotada para que se tenha iniciado o exercício de suas atividades laborais em Neonatologia, todos justificaram sua prática com o estudado durante a formação técnica ou graduação, sendo acrescido por cursos realizados posteriormente.

“Aprendi no curso, mas com o passar de tempo a gente vai aprimorando o conhecimento, recorrendo à literatura. (T17)”

“Orientação das técnicas no curso de graduação em enfermagem. (A6)”

“O que aprendi na faculdade. (E1)”

Reconhece-se, pois, a relevância que é dada ao conhecimento teórico adquirido durante a formação profissional inicial, mesmo diante das peculiaridades e sutilezas que compreendem o RNPT. A mensagem transmitida conduz à interpretação de que, anteriormente à aquisição de conhecimentos mais aprimorados e de maior domínio técnico do procedimento, ao profissional cabe deter-se à teoria já construída acerca do mesmo, o que o conduzirá à fundamentação acerca do que irá realizar.

A prática adquirida, no ambiente laboral, também ocupou posição de destaque, durante as entrevistas, sendo evidenciada a colaboração da própria equipe de trabalho no processo de amadurecimento técnico do profissional. A mesma foi citada como estratégia para aprimoramento técnico, mediante troca de experiências e saberes proporcionada pela

abordagem intra-setorial. Neste momento, a atenção se voltou à importância de que os colegas de trabalho atuantes há mais tempo na área de neonatologia são detentores, no sentido de se prestar orientações acerca do manejo do procedimento, especialmente quando se trata de situações de mais difícil resolução.

“Sempre leio, observo, pois, as pessoas sempre podem contribuir, sempre têm algo a passar para a gente. Posso ficar ainda melhor. (T4)”

“A gente sempre recebe orientações. Não pelo tempo que estudei, há quase 30 anos, não tem como lembrar mais. Como aqui é um hospital-escola, a gente sempre recebe mais orientações. (A5)”

“Orientações de livro mesmo e, com o tempo a gente acaba aprendendo com a prática. (A3)”

“Fundamentação teórica do curso de enfermagem e aprendizado diário. (E5)”

Estudo que buscou o conhecimento de enfermeiros de neonatologia acerca do PICC evidenciou que a utilização de novas tecnologias tem contribuído para o aumento da sobrevivência de RN com idade gestacional e peso de nascimento menores. Entretanto, isto exige uma equipe altamente especializada, com conhecimento técnico-científico, necessário à prestação de uma assistência qualificada (BELO et al., 2012).

Destaca-se, portanto, o reconhecimento emitido acerca desta necessidade de aprimoramento, por parte de profissionais que ainda apresentam restrições técnicas, quando diante da necessidade de venopunção periférica:

“Nunca sabemos tudo, nunca estamos aptos a tudo. Interesse-me em participar de curso de venopunção, para melhorar. Diante do longo tempo de trabalho, acredito que puncio bem. Mas, gostaria de mais. (T21)”

“Preciso aperfeiçoar. Não tenho muita habilidade. Furo até três vezes; quando não consigo, chamo a colega. (A7)”

“Preciso aperfeiçoar mais a questão da habilidade, que vem com a prática. (E1)”

Todas as colocações relacionadas à postura do profissional de saúde que trabalha em UTIN são extremamente pertinentes para que haja qualidade no atendimento prestado, exigindo dos profissionais comprometimento e capacitação, conciliando competência, agilidade e destreza técnica à sensibilidade de identificar as necessidades de cada neonato (KLOCK; ERDMANN, 2012).

A tecnologia, como fundamento do cuidado neonatal, requer um repensar das formas de relacionamento entre bebês, profissionais e família, adequando a sua utilização a diversos saberes e oferecendo cuidado individualizado, seguro, ético e humano. Necessita-se, pois, de aperfeiçoamento e atualização destes profissionais, no intuito de ser aplicado o conhecimento

de forma responsável e racional, em vista da humanização das tecnologias (SÁ; RODRIGUES, 2010).

Avaliações observacionais e cuidados de enfermagem do neonato de alto risco são imprescindíveis à assistência prestada em uma UTIN, de modo que o cuidado necessita ser exercido em sua totalidade, reduzindo manuseios excessivos que possam provocar estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais ao RNPT (ROLIM; CARDOSO, 2006).

Destacam-se, neste contexto, as referências feitas acerca do aprimoramento profissional fomentado através de educação em serviço e cursos on-line, implicando em uma constante busca de conhecimento teórico, o que contribui no maior domínio do profissional sobre as características cutâneas do RNPT, não se limitando ao que é visualizado:

“Com o passar de tempo, a gente vai aprimorando o conhecimento. Quando a gente recorre à literatura, se aprimora em fisiologia, anatomia... Aqui [aponta para o dorso da sua mão], não estou vendo, mas sei que passa alguma veia por aqui. Este conhecimento traz muito efeito. (T17)”

“Resgate teórico da literatura, já fiz cursos de punção periférica. (E3)”

“Sempre procuro saber se tem uma inovação, melhoria, algo que venha a dar certo, melhor do que a gente já conhece. (A5)”

Por se tratar de um setor de alta complexidade e de um hospital de ensino de vínculo federal, ao qual recursos tecnológicos estão constantemente sendo direcionados, implica-se à equipe multiprofissional a busca de permanente atualização, ainda que um único representante seja treinado e, posteriormente, atue como multiplicador das informações recebidas.

De acordo com estas considerações, a Educação Permanente em Saúde (EPS) deve gerar compromissos entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, promovendo o desenvolvimento individual e institucional (BRASIL, 2014). Por meio da mesma, o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao serviço, fazendo dos profissionais tecnicamente competentes e compromissados com a qualidade de sua assistência (GODINHO, 2009).

Nesta perspectiva, o valor das atividades educativas e do treinamento profissional consiste na formação de uma equipe de saúde crítica e consciente do seu papel na prevenção e controle de complicações associadas a procedimentos invasivos (TORRES; ANDRADE; SANTOS, 2005).

Na busca da qualidade da assistência, a atualização profissional merece ser valorada e, em se tratando da equipe de enfermagem, o enfermeiro deve ser o promotor dos cursos de

atualização. Desta maneira, visar-se-á, prioritariamente, à qualidade da assistência, incluindo a redução dos riscos aos profissionais e pacientes (MELO et al., 2015).

A capacitação é uma das estratégias mais utilizadas no enfrentamento de problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Através dela, dedicam-se esforços ao alcance de aprendizagem, executando ações intencionais e planejadas e fortalecendo conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas. Um dos enfoques da Educação Permanente representa, pois, a incorporação de ensino e aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais (BRASIL, 2009).

Reconhecida a necessidade da atualização profissional, seja em serviço, seja pela percepção individual, julgou-se oportuno questionar o grupo acerca de sua satisfação profissional, em se tratando do contexto de enfermagem em neonatologia. Sobremaneira, 10 (23,8%) participantes mostraram-se satisfeitas com o seu desempenho durante o procedimento de venopunção periférica em RNPT, não fazendo referência à necessidade de aprimoramento profissional.

“Estou satisfeítíssima. (T7)”

“Estou satisfeita com a maneira como eu faço. (A6)”

“Sinto-me satisfeita, sim. (E6)”

Em se tratando das seis enfermeiras entrevistadas, a que referiu não encontrar dificuldades para a realização do procedimento disse estar satisfeita com o seu desempenho durante o procedimento em discussão, apesar de não descartar a necessidade de aprimoramento.

“Aperfeiçoamento é necessário, sempre, mas procuro fazer da melhor maneira possível. Sinto-me satisfeita, mas não desprezo o aperfeiçoamento, que deve ser constante. (E2)”

Enquanto isso, foram prevalentes os relatos em que se evidencia a necessidade de atualização em serviço. 35 participantes (83,33%) destacaram as especificidades que envolvem a clientela neonatal, o que fez requerer da assistência de enfermagem a adoção de medidas que a elas correspondam.

“Estou satisfeita, mas todo mundo deve se reciclar. Deveria haver aqui reciclagem freqüente. Eu puncio direitinho, mas a gente que trabalha com criança sempre deve buscar mais coisas; mas, para isso, precisa ter gente para treinar. (T3)”

“Faço direitinho os procedimentos, procuro ter o máximo de cuidados para evitar estas [a serem discutidas] complicações, mas não sou perfeita. Esforço-me muito na prevenção de complicações, mas, tecnicamente, sei que posso melhorar, por isso sempre procuro me informar. (T11)”

“Na UTI Neo, sempre é necessário se aperfeiçoar. Não é fácil puncionar a veia de bebês. (A11)”

“Quanto mais conhecimento do procedimento, menos risco de causar lesão ao paciente. (A3)”

“A gente sempre tem que estar se aperfeiçoando. Alguém sempre tem algo a passar para a gente. (E5)”

Estudo que aborda a aplicação de tecnologia leve em UTIN refere que o excesso de recursos tecnológicos remete a reflexões sobre a adequação de seu uso, no processo de cuidado em enfermagem neonatal. Este processo pode resultar em um falso emponderamento do profissional, mediante força que desumaniza o cuidar. Surge, pois, a necessidade de repensar o cuidado, a ser fundamentado na tecnologia leve, configurada em relações humanas, acolhimento, vínculo profissional-RN-família e ações humanizadoras (DIAZ et al., 2011).

Corroborando, Magesti et al. (2012) inferem que, aos enfermeiros, em conjunto à equipe multidisciplinar, cabe implementar ações que promovam benefícios ao RN, o que inclui promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e humanização do atendimento.

Destaca-se, pois, a relevância que os participantes deste estudo concerniram à atualização em enfermagem neonatológica, em detrimento da inerente peculiaridade que envolve o seu público-alvo de assistência. Cita-se como fator que justifique estas considerações o freqüente aprimoramento de equipamentos e materiais que lhes são apresentados, o que faz naqueles despertar a responsabilidade e comprometimento em acompanhar esta primazia tecnológica.

“É tudo muito específico. (A8)”

“As técnicas estão surgindo e a gente vai se aprimorando. (A2)”

“A gente tem que ter aperfeiçoamento, sempre, no que a gente faz. A cada dia, aparecem coisas diferentes. (T4)”

“Precisa ter uma equipe bem preparada para lidar com o RN, além de bons materiais e um limite de pacientes. Se passa desse limite, compromete a segurança dele. (T21)”

“As técnicas estão surgindo e a gente vai se aprimorando. Primeiro, a gente usava agulhas e scalp; agora, abocath e PICC, que é fantástico. A enfermagem requer sempre um aprendizado. (E6)”

“Sempre surgem coisas novas, aí é importante a gente está se aperfeiçoando. (E1)”

Outra estratégia sugerida para o alcance da qualidade na assistência de enfermagem é a oferta de melhores condições para o exercício das atividades. Neste momento, a sobrecarga de trabalho aparece como motivo de insatisfação, por parte das participantes deste estudo, ao

tempo em que é apontada como eventual justificativa para a não efetivação do cuidado humanizado.

“Gostaria que houvesse mais tranquilidade, que não fosse essa correria tão grande e que eu pudesse desenvolver mais a parte mais humana. (T14)”

“(...) passo a mão na cabecinha dele, converso, mas a correria nem sempre permite a gente fazer tudo o que a gente quer. Ultimamente, tenho ficado com nove bebês, enquanto dizem que o certo é ficar só com dois. Até para prestar esta entrevista, está complicado. (A1)”

“Algumas vezes, pela sobrecarga do trabalho, a gente trabalha mecanicamente e deixa alguns critérios de humanização passarem despercebidos. (E5)”

“Às vezes, chegam três pacientes juntos, e nem sempre é possível fazer o correto, apesar de necessário. (A7)”

“Se eu estivesse num hospital com menos criança, seria mais atenta. Eu atento até que ponto eu posso. (T3)”

Na perspectiva destas discussões, cabe ser mencionado estudo realizado em uma Maternidade localizada em São Paulo, acerca da humanização da equipe de enfermagem em UTIN. Segundo o mesmo, em razão de sua complexidade, muitas vezes, o cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem lhe impõe sobrecarga. Neste contexto, alguns fatores atuam no comprometimento da assistência de enfermagem humanizada, a citar: carga de trabalho excessiva, número reduzido de funcionários, conciliação de dois empregos e estresse. Os autores acrescentam que esta sobrecarga está relacionada à rotina, assim como ao grau de cuidados requerido pelo RN (OLIVEIRA; SANINO, 2011).

Em resposta à alta demanda de atribuições e das limitações em termos de recursos humanos, é possível que o cumprimento de algumas peculiaridades seja parcialmente efetivado, indo de encontro ao idealizado. Apesar de detentor de conhecimento técnico-científico, o profissional vivencia um contexto caracterizado por especificidades que, acrescido a fatores diversos, pode influenciar insatisfatoriamente na efetivação dos cuidados.

O cuidado em neonatologia apresenta-se permeado de dilema ético, visto que a equipe de enfermagem vivencia momentos de estresse e sobrecarga profissional, diretamente relacionados à maneira com que o profissional se relaciona com os demais. Este se sente sobrecarregado e com dificuldades de lidar com a gravidade do RN e com a maneira de ser/estar dos demais profissionais (SIMSEN; CROSSETTI, 2004).

Merece destaque, no grupo em estudo, a presença de funcionárias detentoras de pouco tempo de experiência na área em estudo. Apesar das restrições técnicas apresentadas, as

mesmas demonstraram satisfação profissional e interesse por alcançar o devido aprimoramento, no contexto em relevância:

“Durante esse tempo todo, trabalhei com adulto. É uma experiência nova, tenho muito a aprender. Estou muito satisfeita, feliz, mas quero me aprimorar. Cuidar de adulto é muito mais fácil. O RN, apenas, chora e você precisa ter o discernimento, se ele está com fome, cólica... Criança não chora por nada, nem que seja só um carinho, ela está querendo. (T16)”

“Tenho dificuldades, pelo pouco tempo de experiência. (T22)”

“Ainda não me sinto com uma prática muito aprimorada, tenho muitas dificuldades, fico ansiosa, nervosa. Preciso adquirir mais habilidade, que vem com a prática. (E1)”

Uma técnica de enfermagem destacou a necessidade de se disponibilizar um local adequado para a realização do procedimento, provido de aquecimento, oxigênio e aspirador, conforme relato a seguir:

“Como são RN, a gente sempre precisa de um local apropriado para dar segurança a eles e à gente; um local que seja aquecido, que tenha oxigênio, aspirador. (T19)”

Identificou-se, ainda neste momento, uma opinião isolada acerca da necessidade de o mercado desenvolver um tipo de dispositivo que promova a venopunção sem que se faça uso de cateter:

“Por mim, já deveria existir um meio de infusão sem precisar introduzir um cateter. (A5)”

Acrescendo a estas considerações, Cardoso et al. (2011) reiteram que a dor e o sofrimento causados pelas múltiplas punções venosas no RN também representam sofrimento para a equipe assistente, fazendo com que essa prática seja uma fonte de estresse também para a equipe, que, rotineiramente, enfrenta a dificuldade de obtenção do acesso venoso.

Nesta perspectiva, há de ser discutida a habilidade técnica destes profissionais, no que concerne, pontualmente, a este procedimento. Quando questionados acerca das dificuldades encontradas para a realização do procedimento em referência, em RNPT, uma pequena representação dos sujeitos as negou, o que incluiu: 02 (18%) auxiliares de enfermagem, 05 (20%) técnicas de enfermagem e 01 (17%) enfermeira. Dentre as justificativas utilizadas para a ausência destas dificuldades, citou-se a visibilidade satisfatória dos vasos do RNPT, o que contribui para o sucesso do procedimento; e a aptidão, paciência e interesse, de que o profissional deve se deter, para proceder com a venopunção periférica. A relevância destes relatos pode ser verificada a seguir:

“Não é difícil. Até porque os vasos periféricos dos RNPT, geralmente, são bem visíveis, apesar de alguns terem vasos bem fininhos. (E2)”

“Não tenho dificuldades. Pelo contrário, eu gosto. (T3)”

“Avalio com calma, procuro o melhor local para o acesso, veja que, de preferência, tenha um calibre maior. Demora mais um pouco, mas dá para fazer. (A10)”

Em contrapartida, o quantitativo que referiu dificuldades para o alcance de sucesso à venopunção periférica é aqui representado de forma prevalente. Dentre os motivos associados a tais adversidades, destacaram-se as condições anátomo-fisiológicas do RNPT, o que implica no comprometimento da visualização de sua rede venosa, acrescido da longa permanência deste RN no setor e da necessidade de repetidas venopunções, resultando no desgaste da referida rede venosa.

“Tenho dificuldades quando o RN é muito prematuro. (T7)”

“Quando já é um bebê de muito tempo. (T9)”

“Quando já vem tomando medicação há muito tempo, quando há fragilidade dos vasos. (T11)”

“Às vezes, quando ele vem da UTI Neo, já todo furadinho. (A9)”

“Depende da rede venosa, se ela estiver comprometida. (E6)”

Estes dados encontram-se em consonância com estudo apresentado por Cardoso et al. (2011), quando referem que as características fisiológicas do RNPT, como pele imatura, fragilidade da rede venosa, alta sensibilidade à dor e menor quantidade de tecido subcutâneo contribuem para o esgotamento das possibilidades de acesso venoso. Isto faz aumentar o risco de sequelas e complicações relacionadas à TIV.

O estado do RN, incluindo hipotermia, dispneia, agitação e edema, foi citado como fator que restringe o sucesso do procedimento, além de se fazer referência à indisponibilidade de material adequado às dimensões do vaso e de fatores físicos relacionados ao ambiente.

“Tenho dificuldades quando o paciente está muito frio, dispnéico. (T9)”

“Quando o RN está muito agitado, edemaciado. Quando não tem alternativa, a gente recorre à cabeça. (T13)”

“Material que falta; iluminação ruim. (E4)”

“O abocath, às vezes, é mais grosso e longo que a veia. (A1)”

Os pacientes que apresentam características de desnutrição, utilização prévia de CVC, infiltração ou flebite têm um risco maior de predisposição ao insucesso no AVP (NEGRI et al., 2012). Estas evidências, entretanto, não puderam ser identificadas através do presente estudo.

Reconhecidas as dificuldades encontradas durante a venopunção periférica, a conduta predominantemente adotada pelas profissionais em evidência, no intuito de sua reversão, é a de se recorrer a outro profissional, solicitando-lhe nova tentativa de AVP. Frequentemente, a enfermeira presente no setor foi assim representada, no intuito de inserir novo AVP, avaliar possibilidade de inserção de PICC ou acionar cirurgião pediátrico, para a introdução de CVC. Sobremaneira, há aquelas que referem analisar, criteriosamente, a rede venosa do RNPT, no intuito de amenizar a sua exposição a repetições. Estas medidas são reconhecidas, portanto, como promotoras de segurança ao RNPT, haja vista a intenção de amenizar a exposição deste a EA relacionados ao procedimento.

“Eu sempre peço ajuda à colega que tem mais experiência. (A9)”

“Chamo uma pessoa para me ajudar, pelo menos para segurar o bebê. (T22)”

“Primeiro, deixo ele aquecer, para não extravasar. Se não conseguir, chamo a colega ou a enfermeira, para passar o PICC. (A7)”

“Observo mais, analiso a rede venosa, antes de qualquer tentativa. Deixo descansar um pouco, aqueço o RN e tento novamente. Se ainda não conseguir, chamo a colega ou a enfermeira, que tentará resolver ou chamará o cirurgião. (T17)”

“Por experiência própria, eu passo mais tempo procurando o melhor local, que me dá mais confiança de acerto, do que ficar tentando aleatoriamente, sem sucesso. Prefiro procurar até ter mais segurança de que vai dar certo. (A5)”

“Já que tenho a limitação de não ser tão boa na prática, sempre chamo alguém que possa ir comigo; aí, tento uma ou duas vezes. (E1)”

Merece destaque o relato de uma enfermeira que, isoladamente, fez referência a veias cuja utilização, segundo Cardoso et al (2011), deve ser evitada:

“Eu busco veias mais profundas, como a axilar, jugular e a safena, já que são pouco procuradas. (E2)”

Apesar de os aspectos éticos e legais da prática profissional de enfermagem considerarem o acesso venoso da veia jugular externa uma das competências do enfermeiro, há quem a considere uma das últimas opções para o AVP. Isto se deve aos riscos de punção acidental da artéria carótida, ocorrência de pneumotórax e embolia gasosa; assim como a punção da veia axilar deve ser evitada, devido à sua proximidade à artéria axilar e nervos. Ambas as situações fazem requerer do profissional grande habilidade técnica para puncioná-las (CARDOSO et al., 2011).

Corroborando com os dados coletados neste estudo, supramencionados, estes mesmos autores ainda citam a utilização de um outro material, no intuito de minimizar os problemas

de múltiplas punções venosas. Segundo Cardoso et al. (2011), a conduta mais aceita é a utilização precoce de PICC, além de cateter umbilical. Este último tipo de cateter, entretanto, não foi citado por qualquer participante da presente pesquisa, não tendo sido sugerida a instalação precoce de cateterismo umbilical como medida redutora da necessidade de instalação de um AVP.

Ainda nesta abordagem acerca das estratégias para reversão das dificuldades encontradas na venopunção periférica em RNPT, destaca-se que o máximo de tentativas relatadas foi de três vezes. Um único relato referiu a não realização de venopunção adicional, procedendo com a convocação de outro funcionário, ao primeiro insucesso de instalação do acesso.

“Não tenho muita habilidade, mesmo visualizando bem. Não posso ter a certeza de que acertarei de primeira. Tento até três vezes, aí desisto. Só a prática pode me ajudar. (A6)”

“Para ele não sofrer tanto, punciono só uma vez. (T5)”

Destarte, considera-se que maior número de tentativas de venopunções periféricas poderá expor o RN ao fenômeno de dor ou ao estresse decorrente do procedimento. No estudo de Santos et al. (2012), o número máximo de tentativas citado também foi de três. Portanto, a redução do número de punções é fundamental para que se promova um cuidado menos doloroso e mais favorável ao RNPT (CARDOSO et al., 2010).

Em RN de alto risco, a manutenção de um acesso vascular seguro, duradouro e não doloroso é um dos maiores desafios, em virtude de os mesmos necessitarem de TIV por tempo prolongado e fármacos irritantes ao endotélio vascular (CARDOSO et al., 2011). Em se tratando da instalação de AVP, o procedimento é invasivo e possibilita a instalação de infecção, exigindo dos profissionais o rigor à higienização de suas mãos (POMBEIRO, 2012).

Durante o curso das entrevistas, concernentes à confecção desta pesquisa, tornou-se possível identificar que uma única enfermeira não realiza, habitualmente, o procedimento de venopunção periférica em RNPT. A justificativa por ela utilizada, neste sentido, consistiu em não se identificar com a técnica, apesar da reconhecida segurança transmitida ao proceder com a fundamentação teórica acerca dos cuidados a serem prestados, neste contexto:

“Eu não me sinto bem, fazendo a venopunção. Não gosto de provocar esse mal estar ao bebê. Não gosto mesmo... (E4).”

Em contrapartida, as demais participantes (41) foram veementes em dizer que o realizam, sempre que se faz necessário, apesar das dificuldades já discutidas, anteriormente. Nesta perspectiva, debruçou-se com o devido questionamento acerca do conhecimento das

mesmas acerca das indicações para de venopunção periférica em RNPT, o que resultou no seguinte consolidado:

“Uso de medicação venosa, dieta zero, hipo ou hiperglicemia, uso de antibiótico ou medicação venosa e soroterapia. (A3)”

“Quando é necessário coletar sangue (...) e instalar hemoderivados. Ah, nutrição parenteral também! (E5)”

“Muitos RN não estão se alimentando, então o acesso periférico é necessário, pois a ação da medicação será bem mais rápida. O custo-benefício é muito melhor, apesar de ser doloroso. Os resultados serão muito melhores. (A11)”

“Quando o RN não tem um período longo de permanência, precisando fazer controle de glicose, por exemplo. (T12)”

Corroborando com os dados coletados, Catrib e Oliveira (2010), em estudo realizado em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro, destacam que, na maioria dos casos, o AVP constitui a primeira escolha para a administração de medicamentos, nutrição parenteral, hemoderivados e coleta de exames sanguíneos.

Destarte, além destas situações em que se faz indicado o procedimento, uma técnica de enfermagem salientou a necessidade de prescrição da terapia, por parte do médico assistente. Neste sentido, a partir desta solicitação documentada em prontuário do RN, a equipe de enfermagem deverá atuar, procedendo com a devida instalação da TIV.

“Tem que estar prescrito pelo médico, observar o estado do paciente e o melhor local para se fazer esta punção. (T13)”

Há de ser destacado um outro relato que, isoladamente, destacou a necessidade de a genitora fazer-se ciente acerca do procedimento, antes de se adotar as devidas providências. Sobremaneira, respeitado o processo de comunicação profissional-genitora, a mesma manifesta a sua preferência em permanecer no setor, ou dele se retirar, enquanto se procede com a assistência de enfermagem ao RNPT.

“Quando a mãe está presente, eu pergunto logo a ela se vai preferir ficar ao lado do seu bebê ou sair da sala. A maioria prefere sair. (T7)”

A adoção desta medida encontra-se em conformidade com estudo que trata da comunicação de RN em UTIN, que faz sobressaltar a importância de se consultar a mãe em relação à sua vontade em permanecer, ou não, ao lado da criança, durante a venopunção (NASCIMENTO et al., 2001). Entretanto, este estudo ainda sugere a participação daquela na escolha do local a ser puncionado, desde que viável, tecnicamente; o que não se verifica no relato supracitado.

Apesar de a técnica de enfermagem em evidência referir que a maioria das mães opta por não participar do momento de venopunção do seu RNPT, há de se fazer referência aos benefícios proporcionados por sua presença. Confortando o bebê, a presença da genitora ameniza o desconforto físico e emocional provocado pela dor (FIALHO, 2012). Esta medida poderia atuar na redução das dificuldades fomentadas pelo sofrimento do RN e gravidade do seu quadro clínico (MODES et al., 2011), tornando relevante o uso de agulhas de menor calibre (SBPC, 2010).

À oportunidade de se relatar as indicações do AVP, uma auxiliar de enfermagem quis destacar a contra-indicada administração de medicações com propriedades vesicantes, por meio de tal via, conforme se verifica a seguir:

“A gente não pode fazer algumas medicações por via periférica. É quando a gente solicita ao médico avaliação para punção central. (A3)”

Nesta mesma perspectiva, destaca-se a relevância de considerações relacionadas ao PICC e ao CVC. Estes são apontados como mais resolutivos, quando se faz necessária a antibioticoterapia por tempo prolongado, cabendo à venopunção periférica a indicação para uso em venóclise.

“Quando é um período curto, só para cuidados de venóclise, ou quando tem hemoderivado, aí melhor fazer a periférica. (T12)”

“Para tratamento prolongado de antibioticoterapia, deveria ser adotado, sempre, o PICC ou o acesso central. (T7)”

“Com o PICC, o serviço melhorou bastante, tanto para o paciente, quanto para a equipe. (A1)”

O avanço tecnológico na TIV propicia o uso de materiais como o PICC, dispositivo que requer do profissional conhecimento específico, para sua instalação (STOCCO et al., 2011). Na atualidade, o mesmo tem sido indicado para todo RN que necessite de TIV por um período superior a seis dias, consistindo o seu tempo médio de permanência em oito semanas (CÂMARA; TAVARES; CHAVES, 2007).

O AVC apresenta papel importante no manejo de doentes críticos, para administração de antibióticos, hemoderivados, nutrição parenteral e quimioterápicos, utilizando-se, principalmente as veias jugulares, subclávias e femorais. Em crianças, o sucesso ao procedimento é menor, e as complicações, maiores; assim como as dificuldades de acesso venoso em jugular interna aumentam em pacientes com idade inferior a 5 anos (ZANOLLA, 2014).

Enquanto isso, quando questionadas acerca das vantagens proporcionadas pelo AVP, o conhecimento das participantes refletiu em:

“É uma via de acesso mais fácil, que oferece menos risco de infecção que o acesso central. (E4)”

“Evita que o RN tenha uma maior necessidade de acesso central, que venha a prejudicar uma veia de mais valor para o RN. (T10)”

“Praticidade, rapidez, não dependo de outros profissionais. (T18)”

“Absorção da medicação muito mais rápida, o que é indispensável quando é urgência. (A3)”

“Pode fazer várias punções, pois a veia se restabelece. (A4)”

Estas evidências puderam ser reconhecidas em estudo que refere as seguintes vantagens para a TIV: administração de drogas que não podem ser absorvidas por outros acessos e com propriedades irritantes; (...) maior controle da velocidade de administração; (...) tratamento de infecção e desequilíbrio hidroeletrólítico (LIMA, 2013).

Nesta contextualização, esta pesquisa pôde identificar, ainda, como desvantagens para a utilização do AVP, fatores identificados nos seguintes relatos:

“Ah, a desvantagem dela é justamente a facilidade de perder o acesso. Principalmente quando o bebê está fazendo uso de antibiótico por tempo prolongado, precisamos ficar trocando com frequência. Aí, ele sofre muito. Além disso, tem o fato de representar porta de entrada para infecções. (E2)”

“(...) É doloroso, invasivo. (A5)”

“É doloroso, é cansativo, porta aberta para outras infecções. (T4)”

“Quando o RN é muito baixo peso, a gente tem dificuldades para localizar a veia. (T12)”

“Tem a perda de acesso, edema, dor, flebite, como às vezes acontece no nosso setor, e até mesmo o abscesso. Já vimos um bebê que perdeu parte do couro cabeludo. (A1)”

“A desvantagem é justamente ser porta de entrada, risco de erro de infecção, e a maneira como a gente vai atenuar os problemas será mais difícil, por ser venosa. (E4)”

“Falta de material, mão-de-obra, excesso de paciente. (T2)”

Os referidos relatos aliam-se com os resultados de produção assinada por Gomes et al. (2011), ao se referir que, apesar do seu baixo custo, facilidade de manuseio e ausência de procedimentos cirúrgicos, (...) o AVP representa dificuldade de manutenção, quando necessária uma terapia prolongada.

Neste momento, ainda houve alguns relatos que sobressaltaram as desvantagens desta modalidade de via de acesso intravenoso, ao tempo em que o próprio CVC, apesar do seu

caráter mais invasivo, foi citado como preferencial, em detrimento do periférico. Ademais, houve duas participantes que referiram inexistência de quaisquer vantagens, em se tratando de AVP, uma delas fazendo referência a outra via de administração de medicação, sem utilizar comparativos entre este e o AVC e/ou PICC.

“Eu acho melhor o acesso venoso central, do que o periférico, porque a desvantagem dessa é perder muita punção. (T19)”

“Só vejo desvantagens, principalmente porque se perde o acesso com facilidade. (A10)”

“Não vejo vantagem. Aumenta o risco de infecção, pois estará manuseando e haverá soluções de continuidade, meio de cultura; a dor; paciente vai ficando com a rede venosa comprometida. Se pudesse fazer a medicação oral, seria melhor. (E3)”

Destaca-se, neste conteúdo, uma consideração emitida por auxiliar de enfermagem acerca do óbito do RN como uma possível consequência negativa do uso de TIV. Esta colocação apoiou-se na velocidade de absorção do fármaco administrado por tal via de acesso, o que dificulta o processo de reversão da problemática, na vigência de administração de componente letal ao paciente.

“A desvantagem do acesso venoso é que a medicação vai diretamente à corrente sanguínea e pode matar o paciente. Pode haver alguma medicação que seja fatal para o RN. (A9)”

Nesta perspectiva de erro, estudo que analisou a administração de medicamentos intravenosos, em um hospital público municipal da rede sentinela, infere que um erro à administração de um medicamento por TIV pode gerar graves consequências, inclusive a morte do paciente. Reitera-se, portanto, que, antes de se administrar um medicamento, é imprescindível que se confirmem o nome do paciente, a concentração e a dosagem daquele (SILVA; CAMERINI, 2012).

5.1.2 Tecnologias e o cuidado de enfermagem com a venopunção periférica em RNPT

Ao se tratar de tecnologia na atenção ao RNPT, geralmente, refere-se a aparelhos, ambiente frio e inóspito. O termo tecnologia, entretanto, não deve ser visto, apenas, como produto, e sim, como um processo de conhecimentos e instrumentos interligados, fundamentando e delimitando as maneiras de cuidar. Portanto, a tecnologia é uma mediadora da racionalidade e da subjetividade humana, fortalecendo e qualificando o cuidado em saúde (SÁ; RODRIGUES, 2010).

As tecnologias em saúde são classificadas em duras e leves, consistindo estas últimas na implementação do cuidado, o que faz requerer o estabelecimento de relações vínculos e acolhimento, tornando o cuidado de enfermagem interligado á tecnologia (PACHECO et al., 2012).

Sua ideia não está voltada, apenas, a equipamentos, mas também ao ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’. No campo da saúde, necessita-se das tecnologias de relações, comunicação, acolhimento e vínculos, compondo-se o cuidado de tentativas intersubjetivas e transpessoais. Ajuda-se a pessoa a encontrar sentido na doença e se autoconhecer, além de alcançar autocontrole e autocura (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Há de se auferir, dentro da complexidade que envolve a assistência de enfermagem em uma UTIN, os cuidados que devem ser prestados, pela equipe assistente, a cada um daqueles que compõem o seu público-alvo. Nesta contextualização de AVP, um dos procedimentos mais realizados pela equipe de enfermagem, inclui-se a prestação de cuidados que incorporem tecnologias na busca de qualificar a assistência de enfermagem.

Na perspectiva do cuidado de enfermagem prestado pelos sujeitos deste estudo, elenca-se a seguinte descrição da técnica de venopunção periférica em RNPT, fundamentada na consolidação dos seus relatos: lavagem básica das mãos; reunião do material; manutenção do RNPT em posição confortável, aquecido e com exposição da área a ser puncionada; avaliação de sua rede venosa periférica; oferta de glicose a 25%; garroteamento do membro; antissepsia da área, com álcool a 70%; introdução de abocath, até obtenção de refluxo sanguíneo; introdução de soro fisiológico ou água destilada, que preencherá uma seringa de 1mL; fixação do AVP com esparadrapo ou micropore; instalação de venóclise ou salinização do acesso, conforme prescrição médica; descarte do material perfuro-cortante e do lixo contaminado em recipientes adequados; organização do leito e do material excedente; registro de enfermagem, no prontuário; avaliação contínua do RN e do sítio de inserção do cateter.

Corroborando com a necessidade de obtenção destes dados, através do presente estudo, revisão bibliográfica realizada por Santos et al. (2012) identifica a necessidade de uma prática padronizada com técnicas assépticas, pois o contato estabelecido com o cateter faz aumentar a probabilidade de transmissão ou prevenção de infecção.

O depoimento a seguir representa bem a sequência ora apresentada pelo grupo em discussão. De forma relevante, lavagem básica das mãos, reunião do material, avaliação da rede e busca da veia com as melhores condições de acesso compuseram os relatos analisados:

“Reúno todo o material necessário, faço a lavagem das mãos, procuro um local tranquilo e bem iluminado, para que eu possa ter uma visão melhor da veia; garroteio, faço a antissepsia, procuro a veia, pego o cateter, o abocath com a

numeração correta. Introduzo o cateter e, no retorno, pego uma seringazinha de 1 ml com o sorinho, faço o teste e, se estiver tudo ok, faço a fixação correta, conecto o extensor ou o conector valvulado e mantenho o acesso salinizado. Uma coisa que esqueci, que é muito importante, é oferecer glicose antes do procedimento, importante para acalmar o RN. (T11)”

A proteção da pele desses RN é um importante passo para a saúde neonatal, reduzindo as chances de desenvolvimento de alterações consequentes ao manuseio de sua pele (MOREIRA; GAIA, 2011).

Em se tratando dos materiais necessários à realização do AVP, Carlotti (2012) inclui luvas, óculos de proteção, garrote, solução antisséptica à base de clorexidina, gaze estéril, solução fisiológica em uma seringa, curativo oclusivo, cateteres apropriados, soro com equipo e recipiente para descarte de agulhas. O autor reforça, ainda, que, após a antissepsia, não se deve palpar o local a ser puncionado.

Reportando-se à vigente produção, o que implica em análise do parágrafo antecedente, alguns destes materiais de sugerida utilização não foram citados pelo grupo estudado, o que inclui: óculos de proteção individual e solução antisséptica à base de clorexidina. Acrescenta-se que, através da observação não-participante, realizada pela pesquisadora, esta utilização também não foi verificada.

Apesar da não adoção dos referidos materiais, há de se enfatizar relatos de auxiliares e técnicas de enfermagem concernentes aos cuidados promotores de sua segurança. Estas não fizeram referência única à prestação de atenção ao RNPT, quando se pôde reconhecer a aplicação de algumas medidas relacionados à sua própria segurança. Nesta perspectiva, citou-se a utilização de luvas de procedimento, máscara cirúrgica e gorro, além de medidas condutoras à ergonomia e equilíbrio emocional no setor.

“Preocupo-me com a segurança do bebê e com a minha também. Procuo um ambiente confortável e uso todo o material que me forneça segurança: luva de procedimento, máscara e gorro, que a gente já precisa usar no setor. (T16)”

“Sempre procuro adotar posição confortável, tanto para ele, quanto para mim. Procuo ter cuidado com minhas mãos e também com o meu emocional. (A2)”

“Eu sempre procuro me proteger e proteger a ele, em termos de não errar, de não acessar o que não se pode acessar, que venha prejudicar a evolução do RN. Procuo executar a técnica certa para a minha proteção e para a do bebê. (A5)”

“Para a nossa segurança e para a dele, deixo ele contido. (E5)”

Sobremaneira, estes relatos encontram-se, parcialmente, em conformidade com o estudo de Melo et al. (2015), quando estes afirmam que as luvas de procedimentos consistem em uma barreira de proteção para os profissionais de saúde. Entretanto, a divergência é identificada quando estes autores justificam sua não utilização por motivo de falta de hábito e

recursos, incômodo ou perda do tato para palpação da veia, o que não se verifica nesta pesquisa.

Durante este processo descritivo, destaca-se a pretensão de não se proporcionar prejuízos ao RNPT, evidenciando-se medidas promotoras de sua segurança:

“Punciono com segurança. (T3)”

“Realizo a punção com calma, segurança e realmente sabendo o que estou fazendo. (T2)”

“Agir com segurança é evitar que o paciente sinta tanta dor, alguns traumas, que às vezes acontecem no nosso setor, até mesmo em relação ao acesso venoso. (E6)”

“Procuo não contaminar. Graças a Deus, tenho consciência de não reutilizar o material e, se tocar em alguma coisa, não utilizar. Ele não sabe se defender e a gente precisar dar esta segurança a ele. (A4)”

Deixou-se sobressaltar, pois, a sensibilidade destas profissionais que lidam com um público-alvo dotado de tamanha singularidade. Com frequência, destacaram-se sinais de preocupação das entrevistadas com o bem-estar do RN por elas assistido, ao passo em que se denota a sutileza empregada ao lidar com as delicadezas que os envolve. A interação com o RN, mediante adoção de linguagem verbal e não-verbal, ocupa posição de destaque no grupo em análise:

“Quando eu chego, gosto de conversar, explicar para ele: ‘Titia vai furar sua veia, vai doer’. Vou equipada, procuro uma veia boa. A gente o deixa bem enroladinho, para ficar mais calmo. Faço a antisepsia com o álcool, garroteio e punciono. Antes, a gente coloca uma gazezinha com um pouquinho de glicose, para ele se acalmar. O prazer da sucção é maior que a dor da furada, ai alguns nem choram. Depois eu converso com ele: ‘Titia não queria fazer isso, mas foi necessário’. (A9)”

Inferindo cuidados adicionais a serem prestados durante o momento da venopunção periférica, Carlotti (2012) sugere a tração da pele distal ao local da punção, evitando o deslocamento da veia. Quando o cateter penetra o lúmen da veia, ocorre refluxo de sangue, devendo-se avançar aquele em direção ao vaso, retirando a agulha, de modo simultâneo. Após a inserção completa do cateter na veia, remove-se o garrote.

Após a remoção da agulha, aplica-se pressão direta à veia. No intuito de confirmar a permeabilidade do cateter, injeta-se soro fisiológico através dele, observando a ocorrência de edema, hiperemia, extravasamento e/ou desconforto. Confirmada, conecta-se o equipo de soro, para, então, ser iniciada a infusão. Faz-se a fixação do cateter com curativo oclusivo, de preferência transparente e estéril, e fixa-se o equipo, registrando a data no curativo (CARLOTTI, 2012).

Reconhece-se que, apesar de timidamente, aos sujeitos deste estudo foi possível a contemplação desta diversidade de recomendações da literatura, seja através dos relatos, seja

durante a sua prática profissional, ora observada. Entretanto, cabe destaque adicional àquelas contribuições por eles emitidas no tocante à humanização da assistência de enfermagem, ainda neste contexto.

Nesta perspectiva, a oferta de glicose, anteriormente ao procedimento, ocupa posição de destaque nos referidos relatos, fazendo-se seu uso no intuito de oferecer mais conforto ao RNPT e a dor não se tornar o foco de sua atenção.

“Quando o bebê fica agitado, por algum motivo, ofereço gotinhas de glicose, para o seu bem-estar, ou dedinho com luva, quando tem ajuda de uma colega. [Isso] faz com que ele fique sugando e não sinta tanto a dor da punção. (A5)”

“Primeiro, eu preparo o ambiente, coloco ele na posição certa, coloco uma gaze na boquinha dele, com gaze embebida com glicose. (T3)”

“Ofereço as gotinhas de glicose. Enquanto faz efeito, separo o material. (E5)”

No que concerne ao material utilizado, a totalidade das entrevistas revelou o abocath, apesar de, predominantemente, suas dimensões não serem especificadas. Todavia, ressalta-se que o abocath de numeração 24 foi citado por três sujeitos, quando descrita a reunião do material necessário à concretização do procedimento.

“Preparo o material: abocath nº 24, seringa de 1 ml com soro fisiológico, algodão seco e algodão com álcool, esparadrapo e luva. Lavo as mãos, levo o material ao paciente, ofereço glicose a 25%, para conforto; punciono e tento aconchegar o RN. (T15)”

Garroteia e punciona com o abocath 24. (T1)”

“O material que utilizo é: abocath nº 24, luvas de procedimento, esparadrapo, seringa de 1 ml preenchida com soro fisiológico, para a gente testar a punção. (E1)”

Enquanto isso, em um único momento, foi citada numeração de abocath que não se encontra em conformidade com o postulado na literatura.

“Geralmente, a gente utiliza o 22 com o RN. (T11)”

O tamanho do cateter a ser utilizado depende da dimensão do vaso, idade do paciente e situação clínica, oferecendo os cateteres mais finos menor resistência ao fluxo associando-se a menos complicações (CARLOTTI, 2012). Neste contexto, destaca-se o cateter periférico curto, tipo abocath ou jelco, que consiste em politetrafluoretileno (PTFE) sobre agulha hipodérmica comum. Este instrumento deve ser mantido fixado à pele, através de curativo, por, no máximo, 72 horas. Para o RNPT, o calibre indicado é o de nº 24 (BAIAOCCO, 2009).

Em contrapartida, durante duas entrevistas, identificou-se a utilização de scalp, apesar de a pesquisadora não haver presenciado sua utilização, durante as observações não-participantes.

“A gente precisa saber o calibre do scalp, do abocath, para ser utilizado. (T21)”

“Pego a cuba rim, coloco algodão com álcool, abocath ou scalp e esparadrapo. (T3)”

É oportuno destacar, neste momento, o relato que retratou o processo de substituição do material utilizado em venopunção periférica do RNPT, ao passo em que se fez referência a scalp, abocath e PICC, nesta ordem:

“Primeiro, a gente usava agulhas, scalp; agora, o abocath. E o PICC é fantástico, sensacional. (A2)”

Estudo desenvolvido por Modes et al. (2011) evidencia a proibição do uso de scalp, para a venopunção de RNPT, substituído, então, pelo abocath.

Em se tratando do material utilizado para o garroteamento do membro do RN, segundo as profissionais entrevistadas, este consiste em um fragmento de luva de procedimento. Mediante seu corte, fragmento estreito é obtido e aplicado, proporcionando menor pressão à pele do RNPT e causando-lhe menos desconforto. A descrição desta medida é verificada a seguir:

“(…) utilizamos garrote improvisado por luva. (T7)”

“A gente corta a luva para deixar mais confortável no membro da criança, não marcar tanto, nem doer tanto. (T19)”

Estas considerações podem ser ratificadas em literatura consultada. Na execução do procedimento, recomenda-se garrotear o membro com material que pode ser confeccionado com luva, para então ser iniciada a venopunção (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004).

Ainda neste contexto de garroteamento do membro do RNPT, duas técnicas de enfermagem referiram não realizá-lo quando a venopunção é realizada no dorso da mão. Nestes casos, as mesmas referiram inexistência da necessidade de se gerar este desconforto, obtendo-se sucesso ao procedimento sem que o RN sofra tensão adicional.

“Quando é na mãozinha, não garroteio, só viro o dorso da mão. Em outras partes, como antebraço, garroteio. (T7)”

“Geralmente, punciono a mão e não garroteio. Faço como se fosse para a coleta de sangue, que eu acho menos doloroso. (A4)”

Atendendo aos critérios utilizados na escolha do local de inserção do dispositivo intravascular, as seguintes contribuições representam as características prevalentes no grupo em estudo:

“Procuro o melhor local, evito dobras, faço antissepsia, punciono, fixo, dato, às vezes, e coloco o nome. (A3)”

“Primeiro, tento localizar uma veia calibrosa, reta (...), não escolher as dobras, que é mais difícil. (A6)”

“Procuro a melhor veia nos membros superiores e, depois, nos inferiores. (A10)”

“Tem que observar para pegar uma veia, e não uma artéria, para não prejudicá-lo. Se puncionar uma artéria, pode perder até um membro, inferior ou superior. (T1)”

“A braquial, a gente já deixa por último, para um possível PICC. (A7)”

Durante a seleção do vaso a ser puncionado, deve ser realizada a avaliação das características do RNPT, o que inclui: idade gestacional, peso, condições clínicas, condições da rede venosa, diagnóstico, tipo e duração da TIV, características dos fármacos, disponibilidade de material e de pessoal. Entretanto, a melhor localização do vaso ainda é cercada de controvérsias, dividindo opiniões entre profissionais da saúde (CARDOSO et al., 2011).

Constata-se, pois, que as respostas ratificam a literatura revisada. Diante dos riscos inerentes ao procedimento de venopunção periférica, cabe à enfermeira escolher o local e o dispositivo a ser utilizado, de modo a resultar em menor trauma ao paciente. Durante esta seleção, deve-se escolher um local com ausência de lesões, por estas aumentarem as chances de ocorrência de infecções; dando-se preferência aos membros superiores e evitando-se regiões de dobras. Nesta perspectiva, pode-se fazer uso da mão, dorso do pé e/ou couro cabeludo (OLIVEIRA; BEZERRA; PEREIRA, 2008).

Outra característica de relevância identificada nas entrevistas em discussão consiste na exposição, unicamente, da área a ser puncionada, o que implica na manutenção do RNPT em estado de conforto e aquecimento.

“(...) procuro deixar só o membro que será puncionado exposto. (T14)”

“Fazer o pacotinho e deixar só o braço exposto. (T15)”

“Deixar só o membro que será puncionado exposto, e aconchegar. (E2)”

Em contrapartida, identificaram-se poucos relatos fazendo referência à necessidade de manutenção do RNPT sob aquecimento, para então se proceder com a venopunção periférica. Nestes casos, a justificativa para tal consiste na possibilidade de insucesso do procedimento, na não vigência desta medida. Segundo as colaboradoras, mediante oferta de calor, viabiliza-se resultado satisfatório ao processo de TIV, tratando-se de uma medida utilizada para reduzir danos aos RN.

“Primeiro, deixo ele aquecer. Sem aquecer, extravasa. (A7)”

“Coloco sempre o bebê em um local bem aquecido, oferecendo o soro glicosado. Realizo os procedimentos de acordo com a técnica, para não causar nenhum dano ao bebê. (T14)”

“Primeiro, o bebê precisa estar aquecido; se não estiver, já encontra uma dificuldade. (E5)”

Além disso, a contenção do RNPT foi mencionada, por poucas participantes do estudo, como medida promotora de segurança mútua, de modo que a própria profissional se beneficia desta sutileza, lidando com a delicadeza que envolve o seu paciente.

“Para a nossa segurança e para a dele, deixo ele contido. Não é só fazer. Às vezes, tem um bom refluxo, mas o RN pode ser hipersensível a uma droga ou eletrólito e a gente precisa ficar observando. Arrumo leito e deixo o bebê confortável. (T12)”

Apesar de não mencionada pelas profissionais entrevistadas, a contenção facilitada é um cuidado que minimiza a dor e preserva o bem-estar do RNPT, consistindo no posicionamento das mãos ao seu redor, garantindo-lhe um toque suave e firme. Este ato permite maior organização e redução de estresse e dor do RNPT, durante procedimentos dolorosos (PACHECO et al., 2012).

Voltando-se à lavagem básica das mãos, como medida a ser realizada previamente ao procedimento, esta foi referida por 19 participantes (45,23%). Enquanto isso, a posterior à venopunção periférica foi citada através de três relatos.

“Antes do procedimento, lavo as mãos, calço as luvas e reúno todo o material. (T8)”

“A primeira coisa é lavar as mãos. (A10)”

“Promovo a segurança do paciente realizando lavagem das mãos, sempre, antes do procedimento. (T11)”

“Lavo as mãos sempre que pego em um paciente, quando chego, quando vou tocá-lo. (A9)”

“Higienização das mãos, seleção das veias, avaliação do RN. (E5)”

“Preparo o material, lavando as mãos antes e depois de realizar o procedimento. (E1)”

“Sempre lavar as mãos, antes e depois de manusear o bebê. (T24)”

Porquanto, naqueles relatos que citaram a importância da higienização das mãos, reconhece-se grau de conscientização do profissional, quando se faz referência à implicação deste cuidado na profilaxia de processos infecciosos. A título de exemplo, segue a representação:

“O cuidado principal é a desinfecção das mãos, para evitar qualquer tipo de contaminação para o bebê. (A2)”

“Primeiro eu lavo as mãos, que é a principal coisa que devo fazer. (T3)”

“Uma punção mal feita pode levar contaminação àquele local. É o que pode acontecer se a gente não lavar as mãos. (A2)”

“É muito importante lavar as mãos, preparar o material, preparar o cliente, lavar as mãos novamente, escolher a veia, fazer a antissepsia. (E2)”

Neste último relato, verifica-se a lavagem básica das mãos por duas vezes, durante a fase antecedente ao procedimento. Neste caso, a profissional referiu tal medida antes e depois de preparar o material, considerando-se que, após o contato com o material, será estabelecida a assistência ao RN.

No intuito de se obter evidências acerca da adoção deste cuidado, estudo que trata da avaliação microbiológica da antissepsia pré-operatória das mãos infere que tal atividade tem sido associada a uma redução significativa de infecções hospitalares. Entretanto, a conscientização dos profissionais acerca desta necessidade ainda é baixa, sendo sua probabilidade de execução menor quando maior é a necessidade de realização (GOULART; ASSIS; SOUZA, 2011).

Reportando-se ao critério de não adesão a esta prática, há de se esclarecer que, apesar dos poucos relatos que fizeram referência à realização da lavagem das mãos, quando na descrição da técnica empregada, as observações não-participantes revelaram à pesquisadora outro perfil. Dos 42 sujeitos observados, 33 procederam com a adoção deste cuidado, antes do procedimento.

Ainda na vertente de descrição do procedimento em tela, aufere-se que, em se tratando da antissepsia da área a ser puncionada, o sentido do algodão não foi descrito, em qualquer dos relatos. Enquanto isso, na totalidade das observações realizadas, foi possível identificar o sentido distal-proximal, durante este momento. Em relação ao material empregado, fez-se referência, unicamente, ao uso de algodão embebido com álcool a 70%.

“Antissepsia da pele, com álcool a 70%. (E3)”

“Faço a antissepsia com o álcool, garroteio e punciono. (A9)”

“Pego a cuba rim, coloco algodão com álcool. (T3)”

Os antissépticos são formulações hipoalergênicas, de baixa causticidade, com função de inibir o crescimento de microrganismos, se aplicados sobre tecidos vivos. Os preconizados pelo MS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) consistem em soluções iodadas, aquosas de permanganato de potássio ou alcoólicas, clorexidina, iodóforos e à base de sais de prata. Enquanto isso, o álcool a 70% é uma alternativa de baixo custo e fácil

aplicação (CARDOSO et al., 2006). A antissepsia deve empregar movimentos circulares, de dentro para fora, deixando-se a área completamente seca, para ser iniciada a punção (CARLOTTI, 2012).

Ainda neste contexto de descrição de atividades, sobressalta-se um detalhe valorado por uma participante do estudo. Enfermeira atuante no setor há tempo inferior a seis meses citou o ângulo que deve ser estabelecido entre o cateter e a pele do RNPT, no intuito de se alcançar o objetivo do procedimento. Esta contribuição pode ser verificada a seguir:

“A técnica de venopunção periférica compreende a escolha do dispositivo, de acordo com a rede venosa do paciente, fazer a antissepsia antes, calçar as luvas e adotar o ângulo de 15° para a punção. (E1)”

Reportando-se a conteúdo teórico, Carlotti (2012) infere que, ao se inserir o cateter na veia com o bisel voltado para cima, o ângulo formado deve estar entre 5° e 30°, sendo menor o ângulo quanto mais superficial for a veia. Corroborando, Filho (2013) refere que deve-se adotar de 10° a 30°.

De acordo com estas considerações, apesar de único, o relato supramencionado encontra-se em conformidade com o que é orientado.

Nesta sequência de atividades que caracterizam a obtenção de AVP, destaca-se um relato que, isoladamente, tratou da instalação da terapêutica sem a obtenção de retorno sanguíneo. Ou seja, em desacordo com a literatura, a auxiliar de enfermagem referiu a introdução de solução fisiológica, após a introdução do cateter, sem que se tenha verificado o referido retorno.

“Se não houver o retorno, eu injeto o soro, para confirmar e não obstruir, para poder fixar o acesso. (A4)”

A não conformidade consiste no fato de Carlotti (2012) esclarecer que, quando o cateter penetra o lúmen da veia, há refluxo de sangue e, para confirmar sua permeabilidade, injeta-se soro fisiológico.

Ainda neste momento de teste do acesso venoso obtido, destaca-se que um único sujeito da pesquisa referiu o uso de água destilada, para tal fim, enquanto a totalidade dos demais fez referência prevalente à solução fisiológica. Verifica-se esta evidência a seguir:

“Depois de colocar o cateter na veia, testo com sorinho ou água destilada, para ver se dá para dar continuidade àquela punção. (A5)”

Reportando-se a conteúdo teórico já produzido a respeito, menciona-se que a irrigação de AVP com solução salina a 0,9% objetiva a manutenção do cateter, devendo ocorrer nas seguintes situações: após coleta de sangue; antes e após a administração de soluções e

medicações; teste de permeabilidade; após a administração de medicamentos e terapia intermitente e quando a terapia contínua for por esta substituída (SILVA; TINOCO, 2007). Sobremaneira, o enfermeiro, na assistência com qualidade, promove segurança ao paciente e obtém melhores resultados (BAGGIO; BAZZI; BILIBIO, 2010).

Em se tratando da fixação do acesso, o micropore foi citado uma única vez, assim como o registro de enfermagem, no prontuário, a assinatura e a data no esparadrapo, o aquecimento da área, o uso de luva estéril e o fato de puncionar o RN, quando hipotérmico.

“Coloco o micropore e depois o esparadrapo. (T8)”

“Às vezes, uso luva estéril (...), desprezo o material em lixo contaminado e pérfuro-cortante, higienizo as mãos e anoto no prontuário. (E2)”

“Identifico o esparadrapo com horário, data e meu nome. (...) Nunca punciono quando ele está hipotérmico. (T18)”

“Eu pego uma luva, coloco água morna dentro, e deixo em cima da mazinha dele, só para aquecer um pouco e facilitar o processo. (T3)”

Contribuições de um guia para prevenção e tratamento de lesões de pele em RN internados UTIN referem que o uso de curativos protetores de pele à base de hidrocolóide, poliuretano ou silicone pode ser uma alternativa para protegê-la de pressões pelo uso de dispositivos, além de prevenir lesões por remoção de adesivos. Os mesmos reduzem o índice de traumas e devem ser posicionados entre a pele, o dispositivo e o adesivo, representando uma barreira cutânea protetora (SANTOS, 2014). Reconhece-se, portanto, a relevância da contribuição concernente à prestação desta medida.

Resgatando-se as falas que tratam de registros de enfermagem, em prontuário e curativo, Souza e Oliveira (2012) orientam que, ao término do procedimento de AVP, o profissional deverá registrar, no prontuário, o horário, tipo de líquido infundido, sítio de inserção, velocidade do fluxo e tipo e tamanho do dispositivo. Segundo aqueles, registrar o procedimento, tanto no curativo quanto no prontuário, é de suma importância, haja vista o significado legal destas informações, utilizadas, inclusive, como critério de avaliação profissional.

Há de se destacar, pois, que maior atenção precisa ser voltada a esta vertente, de modo que a ausência de registro de enfermagem pode refletir na continuidade desta assistência, além de implicar, negativamente, em critérios de segurança do paciente assistido.

Finalizada a venopunção, descrevem-se as medidas adotadas pelos sujeitos deste estudo, no intuito de caracterizá-la: recolher o material utilizado; deixar o ambiente limpo e organizado, e o RN, aquecido, limpo e confortável; manter-se vigilante para a área do AVP,

no intuito de preservá-lo; oferecer carícias e/ou dieta ao RN; proteger o RN de qualquer dano; solicitar o colo da genitora, quando possível; oferecer glicose a 25%. Segue, portanto, uma sucinta representação desta consolidação:

“Retiro todo o material utilizado e vejo se precisa trocar alguma coisa. (A6)”

“Troco os lençóis, coloco-o em posição mais agradável, lateral ou ventral, uma em que ele não estava antes, mas que fique mais confortável. (A4)”

“(…) aqueço-o. (A2)”

“Ver (…) se apareceu algum grau de lesão. (A2)”

“(…) porque no intervalo de 1 hora a 2 horas pode haver perda do acesso. (T7)”

“Acalmar, chamar a mãe, de preferência, para colocar no peito. (T10)”

“Afago, dou glicose. (T18)”

Destaca-se a importância revelada ao contato estabelecido entre o RNPT e sua genitora, no momento que sucede o procedimento em discussão. Ademais, a citação isolada do uso de glicose, após o procedimento, merece posição de destaque, ao passo em que se valoriza a promoção de conforto ao RN, apesar de as profissionais haverem se detido a este cuidado, predominantemente, na fase que antecede a venopunção.

Sequencialmente à conclusão do procedimento, as participantes mencionaram as possibilidades de manutenção do acesso venoso, implicando em diferentes conduções. Dentre elas, foram citadas: salinização do acesso venoso, direcionada à administração de hemocomponentes e/ou medicamentos, conforme aprazimento de horário; hidratação venosa ou venoclise, para a qual o acesso fica funcionando permanentemente, até que seja suspenso pelo médico assistente. Neste último caso, segundo as relatoras, aumenta-se a possibilidade de perda e necessidade de venopunção adicional, em detrimento da utilização contínua do acesso realizado. Os fragmentos a seguir representam estas duas modalidades de utilização do AVP:

“Se for venoclise, já deixa conectado. Se não, deixa salinizado. (A7)”

“Coloco o equipo, fixo bem com o esparadrapo. Se for salinizado, deixo o equipo envolto com o esparadrapo. (T22)”

“Conecto o extensor ou o conector valvulado e mantenho o acesso salinizado; ou instalo o soro. (E4)”

5.1.3 Contribuições de enfermagem à segurança do RNPT mediante a venopunção periférica

Segurança do paciente é a redução, até um mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde. Em detrimento da complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano é real. O cuidado seguro resulta, pois, de corretas ações dos profissionais de saúde, processos e sistemas institucionais adequados e serviços e políticas governamentais regulatórias (REBRAENSP, 2013).

Em se tratando do cuidado de enfermagem relacionado à segurança do paciente no sistema de TIV, este ainda é um grande desafio, fazendo necessários investimentos em educação continuada e permanente, em enfermagem (MURASSAKI et al., 2013). Nesta perspectiva, maximizar o êxito no AVP implica em competências científicas e técnicas, implicando em segurança e qualidade (MELO et al., 2015).

No estudo presente, diante dos questionamentos realizados acerca da definição de segurança de paciente, houve destaque à relevância da não exposição do RNPT a riscos ou prejuízos, o que faz exigir do profissional que se mantenha atento para não lhe causar quaisquer danos. Apesar de uma minoria haver emitido esta definição a contento, destacam-se as seguintes contribuições:

“Segurança do paciente é um conjunto de cuidados que são realizados, dentro da técnica, para que o paciente possa ser bem atendido. Evitar a dor e alguns traumas que às vezes acontecem no nosso setor, em relação a acesso venoso, dieta, e outros cuidados que o paciente necessita, são alguns exemplos disso. É uma série de cuidados para o qual a equipe precisa ser capacitada. (A11)”

“Em toda a estadia do RN, durante a internação, ele precisa sair, ter alta, sem nenhuma iatrogenia. Significa que a gente possa promover os cuidados sem erros, com segurança. (E3)”

“Proteger o paciente de qualquer dano, seja ele físico ou emocional. (E2)”

“É um conjunto de ações que visa a proteger o paciente para evitar danos causados pela assistência, de modo geral, de enfermagem ou de outro profissional. (A3)”

“É a proteção, de diversas formas, seja na prevenção de infecções, autocuidado, cuidados de como agir. (T11)”

“É ter cuidado com ele, ter responsabilidade e estar atenta para o que acontecer. Dar muito conforto, sempre ter cuidados com ele. (T4)”

“Deixar o paciente livre de qualquer risco que o meu cuidado possa oferecer-lhe. É ter muito cuidado para não agravar o estado do paciente, nem cometer nenhum dano. (E1)”

Fazendo uso de estratégias pontuais, conforme discutido posteriormente, aproxima-se da promoção de medidas de conforto, o que inclui o autocuidado, dotadas de responsabilidade e implicando na redução da exposição a danos.

Enquanto isso, houve relatos que, apesar de não sobressaltarem a fundamentação teórica referente a esta temática, denotam a sensibilidade do profissional, ao tratar deste conteúdo. Neste momento, as profissionais se detiveram a sutilezas que, segundo elas, devem compor o processo da prestação do cuidado de enfermagem. Ao longo desta discussão, merece valorização a característica de sensibilização, reconhecida nestas participantes, haja vista que a própria literatura menciona o caráter tecnicista que se faz prevalente em uma UTIN.

“É fazer as coisas corretas, é com se você fosse o anjo da guarda dele. Ele não fala, você fala por ele; não tem consciência de nada e você precisa fazer tudo correto. (T3)”

“Eu sou responsável pela segurança do paciente em todos os momentos do internamento dele, em todos os procedimentos. Tenho que promover de dentro para fora, de fora para dentro. Desde a acomodação dele no leito, até a saída dele do leito. (T18)”

“Eu tento dar o melhor de mim, tento fazer a coisa ficar mais correta e o melhor possível. (E6)”

“Primeiro, a gente precisar passar segurança para ele, dando-lhe conforto, porque ele vem do ventre da mãe, e aqui é um lugar estranho. Então, ele precisa de um conforto maior. (A2)”

O cuidado de enfermagem não deve prescindir do aspecto humanístico, não se restringindo a uma ação técnica; é atitudinal, relacional. No entanto, o cuidar na UTI é tecnicista e mecânico, desprovido, muitas vezes, dos sentimentos que envolve o doente e seus familiares (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Nesta perspectiva da promoção de segurança no cuidado neonatal, relatos evidenciaram os meios encontrados para tal, possibilitando-se elencar as seguintes características: cuidados com a pele do RN e termorregulação; perfeito funcionamento dos equipamentos; higienização e banho; mudança de decúbito; promoção de silêncio e ambiente tranquilo; manutenção do RN agasalhado, confortável, limpo e livre de materiais que o machuque; monitorização de pulso; uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI); vigilância constante; disposição de lençol escuro sobre o leito; incubadoras e berços travados e com portas e portinholas fechadas; respeito às regras assépticas, lavagem básica das mãos e prevenção de infecções; cuidados à fototerapia; preparação da equipe; disponibilização do material necessário; respeito ao limite de vagas de pacientes; atender o paciente por seu nome;

revisão da prescrição médica; exame físico diário; cumprir as normas e rotinas da Instituição; prestação de assistência humanizada. Todos estes critérios foram identificados, por meio dos relatos das participantes.

Resgata-se, pois, na íntegra, uma representação deste consolidado. De acordo com a categoria profissional do participante, o embasamento teórico se fez presente sob diferentes graus, diversidade esta que não comprometeu a relevância de cada contribuição. Apesar da riqueza de detalhes proporcionada por este momento da entrevista, foram explicitados aqueles que apresentam correlação direta com o objeto deste estudo, mantendo-se o foco necessário à condução da pesquisa.

“Primeiro de tudo é prestar muita atenção no que está fazendo. Esquecer todo o resto e atentar para cada reação do paciente. (E1)”

“(…) Não basta ter todos os recursos. (T14)”

“Quando ele está com oxímetro, eu me sinto mais segura. (T1)”

“Sempre observo o berço, se tem algum material que possa machucá-lo. (T25)”

“A forma de colocá-lo no berço ou incubadora, de protegê-lo, aquecê-lo, em posição confortável, para respirar melhor. (T16)”

“Ofereço conforto. (T13)”

“(…) envolvidos com os rolinhos. Sem eles, rodavam a incubadora toda. (A7)”

“Posição da criança, principalmente quando está regurgitando, para que não broncoaspire. (T19)”

“(…) como se estivesse no útero da mãe. (E2)”

“Prestar os cuidados sem assustar o bebê, sem movimentos bruscos, já que ele não sabe se defender. (A4)”

“Respeitando as regras assépticas, elas darão essa segurança ao RN. (E4)”

“Cuidados com a lavagem das mãos, antes de chegar próximo do paciente. (T21)”

“Respeitar todas as normas e rotinas da Instituição, para evitar infecção e outros danos causados pela assistência. (A3)”

A importância da prestação destes cuidados consiste no procedimento tornar o RNPT mais sensível. Contê-lo em ninhos, feitos de lençóis, e enrolá-los proporcionam a flexão das extremidades e aproximam suas mãos à boca, o que faz melhorar o tônus e sua postura (PACHECO et al., 2012).

Ademais, a necessidade de observação contínua, monitorização de pulso e respeito às regras assépticas, o que inclui a lavagem básica das mãos, consistem em medidas de relevância à promoção desta segurança, o que será discutido, minuciosamente,

posteriormente. Em se tratando da disposição de material que possa machucar o RNPT, isto se aplica ao término do procedimento, o que envolve a necessidade de recolhimento de tudo o que foi utilizado.

Embora não esteja diretamente relacionada ao processo de venopunção periférica, destaca-se uma contribuição extraída acerca do MMC, que também envolve a vertente de posicionamento e promoção de conforto ao RNPT.

“O banho da Canguru, que aprendi em um curso, é no lençolzinho. Eles gostam e se sentem mais seguros. (A8)”

Apesar de ter sido citado em um único momento, o MMC se apresenta como uma abordagem de intervenção complementar, promovendo contato direto entre o RN e sua mãe, desde que apresente condições clínicas para tal. O mesmo não substitui as condutas e/ou tratamentos terapêuticos, apesar de contribuir na recuperação da saúde e qualidade de vida do RNPT e promover aleitamento materno e vínculo do binômio mãe-filho (FIALHO, 2012).

Elencadas as características relacionadas ao cuidado do RNPT que se submete à venopunção periférica, há de se valorizar colocações atribuídas a outros critérios, tais como: necessidade de qualificação profissional; disponibilização de material adequado; dimensionamento de pessoal proporcional à demanda do serviço; condições do ambiente de trabalho. Apesar da macro-abrangência, estas características associam-se, facilmente, ao referido procedimento, conforme se verifica a seguir:

“Precisamos de bons materiais, bons profissionais e um limite de paciente. Se passar desse limite, compromete a segurança dele. (T21)”

“Para dar segurança ao bebê, precisaria de mão-de-obra suficiente. (E6)”

“Até mesmo a poluição sonora pode deixar o ambiente inseguro. (T15)”

“A segurança do paciente depende da segurança do profissional. (T2)”

Em contrapartida a um dos critérios supramencionados como promotores de segurança, menciona-se a desproporcionalidade entre demanda de RN e disponibilidade de recursos humanos. A superlotação do setor foi utilizada, de modo recorrente, como explicação para não se assistir o RN de acordo com o idealizado, atendendo a todos os critérios promotores de sua segurança:

“Segurança do RN é ele estar bem acolhido, não ter superlotação, é ter como recebê-lo. Aqui, a gente não tem. Sempre superlotado. Você não tem condições de dar o suporte que ele necessita. Uma das coisas mais importantes é procurar, mesmo que superlotado, fazer os antibióticos no horário correto e lavar as mãos. (A10)”

“Ultimamente, este setor está superlotado. A gente enfrenta plantões super tumultuados. Naquele momento, devemos esquecer todo o resto e atentar para cada reação do paciente. (E1)”

As recomendações existem, inclusive, no intuito de evitar ou minimizar complicações decorrentes do AVP, como: infiltração, reações pirogênicas, trombose venosa, flebite, hematomas e necrose (GOMES et al., 2010). Cuidar da integridade da pele do RNPT tem sido um desafio para a enfermagem, haja vista o alto risco de infecção a que este se expõe, em detrimento da imaturidade da barreira de sua pele, ficando mais vulnerável e tendenciando à esfoliação da epiderme (MOREIRA; GAIA, 2011).

Nesta perspectiva, quando questionadas acerca das complicações de um AVP no RNPT, apenas duas enfermeiras as conceituaram, limitando-se, apenas, ao caráter de saída do cateter do interior do vaso sanguíneo, o que se verifica abaixo:

“São lesões decorrentes da perda de um acesso venoso. (E3)”

“Consequências de uma punção que não foi bem sucedida. (E2)”

Nesta mesma circunstância, foi-lhes dada oportunidade de apresentar exemplos das mesmas, o que resultou na seguinte relação:

“Flebite, infecção, abscesso, dor, extravasamento. No pé, com pouco músculo, causa muita dor. (T24)”

“Infecção local e sistêmica. (E6)”

“Punção inadvertida de uma artéria, fazendo um vasoespasm. (E3)”

“Equimose. (T18)”

“Abscesso, (...) hiperemia, pele quente. (A4)”

“Queimadura, por gluconato. (T13)”

“Úlceras. (A5)”

“Edema, trombo, hematoma. (T11)”

“Embolia, tromboembolismo. (A3)”

“Ferida. (E1)”

“Necrose, perda de tecido por infiltração com bicarbonato. (A7)”

“Cisto. (A10)”

Em relação à definição dada a cada tipo, as informações coletadas não se mostraram relevantes ao estudo. Da amostra, extraíram-se, apenas, duas definições, emitidas por uma técnica de enfermagem, conforme se verifica a seguir:

“Infiltração ocorre quando há perda do acesso, e não se observa a tempo. O soro corre, infunde, causando extravasamento. As infecções ocorrem quando o profissional não coloca a data no esparadrapo, aí passa do tempo. (T15)”

Não se tratando de considerações sólidas a respeito do que se propôs, resgata-se a produção de Pombeiro (2012), segundo o qual a infecção ocorre graças à antisepsia incorreta, contaminação da cânula ou patologias presentes na epiderme. O enfermeiro deve atentar para exsudatos, edema, hipertermia e hiperemia, que são indicadores de infecção. Ocorrida complicação infecciosa, a infusão deve ser interrompida e reiniciada em outro membro, segundo prescrição médica, sendo realizados monitoramento dos sinais vitais e cultura do dispositivo.

Diante da não obtenção de dados que tratem dos demais exemplos destas complicações, julgou-se oportuno resgatar literatura equivalente. A flebite é definida, pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, como a inflamação da parede das veias, consistindo sua classificação em: mecânica, química, bacteriana e pós-infusão. Seus sintomas se classificam em: primeiro grau (pele avermelhada, com ou sem dor); grau 2 (dor no local da inserção, avermelhamento da pele e/ou edema); terceiro grau (endurecimento da veia); quarto grau (veia endurecida em mais de uma polegada de comprimento) (TOLEDO; OLIVEIRA; ROMÃO, 2008).

Ademais, a trombose é definida por Silva, Tinoco (2007) como injúria das células endoteliais da parede da veia, podendo formar coágulos que bloqueiam a circulação do sangue. Diante de lesão no endotélio, o tecido conjuntivo subendotelial é exposto, entrando em contato com sangue e desenvolvendo trombose. Assim, identifica-se trombo em um AVP através da checagem do fluxo da solução ou da sensação de resistência, durante a instalação de medicações.

Ao se recorrer ao conhecimento das profissionais acerca da etiologia destas complicações, as contribuições também se mostraram restritas, limitando-se às características de fragilidade do vaso puncionado e ao processo de introdução do cateter, que deve estar de acordo com as regras assépticas.

“Infiltração de medicações acontece com muita frequência. Os vasos têm parede muito finas e o volume da medicação pode ser muito maior; aí, traz danos, como hiperemia. (T14)”

“Flebite pode ocorrer por contaminação na própria punção, reação do próprio vaso ou extravasamento extracelular. (E2)”

Reportando-se à literatura equivalente, infere-se que alguns fatores podem contribuir para o surgimento destas complicações, tais como: higiene, localização e tamanho do dispositivo; fixação, curativo e tipo de solução infundida (PEREIRA; ZANETTI; RIBEIRO, 2002).

Quando questionadas acerca da sintomatologia característica dos episódios em discussão, identificaram-se, apenas, três relatos.

“Na flebite, a febre é um dos sintomas que eles apresentam. (T20)”

“O local em que o soro esta infiltrado fica bem endurecido. A irritabilidade da criança já é um sintoma de que algo está errado. (T16)”

“Medicação fora da veia pode queimar, principalmente através do gluconato de cálcio. O bebê vai chorar muito. Aqui tem muitos RN com sífilis congênita. A penicilina já dói muito se dentro da veia, imagine fora... (A10)”

Os relatos supramencionados mostraram-se restritos aos seguintes sintomas, com respectiva complicação: febre, na vigência de flebite; endurecimento da pele, durante a infiltração; sensação dolorosa, quando infundida medicação no espaço extra-vascular.

Por haver sido citada, dedica-se atenção especial aos sinais e sintomas de flebite: eritema e sensibilidade; podendo-se observar edema, hiperemia, aumento da temperatura basal e lentidão do fluxo de infusão (MINGORANCE, 2013). Estes, entretanto, não puderam ser atendidos a contento, por parte dos sujeitos desta pesquisa.

Apesar da escassez de dados que viessem a contemplar a diversidade de características das complicações de uma venopunção periférica, o grupo pôde relatar, ainda que timidamente, situações já vivenciadas no cenário deste estudo, sendo reconhecida a necessidade de aplicação de cuidados profiláticos.

“Já vi queimaduras, lesões sérias, de passar de 10 a 15 dias para serem sanadas. (T7)”

“Já houve casos terríveis de extravasamento; mais pela venoclise, não tanto pelo antibiótico. (T21)”

“Eu observo mais as consequências de lesões por extravasamento. Ferida, edema do membro e hematomas a gente vê muito. (E1)”

Portanto, os meios encontrados pelas participantes para se promover a minimização destas complicações podem ser representados, pontualmente, através das seguintes falas:

“Tento não puncionar tantas vezes. (T5)”

“Observar os curativos e trocar as punções a cada 72 horas (E4)”

“Procuo deixar o local de acesso para fora, para ver melhor. (T8)”

“Para prevenir uma complicação, não devo pegar uma artéria. (T1)”

“Procuo fazer a limpeza do local da maneira correta, usando álcool a 70%. (A1)”

“Todas as vezes que a gente vai administrar uma droga, no acesso, a gente testa ele, com 1 ml de soro fisiológico. (T7)”

“Utilizar de material adequado. Não usar abocath com ponta rombuda. (A2)”

“Punciono quando ele está aquecido, quando estou com bastante confiança. (E2)”

Um detalhe de relevância, já identificado através destes últimos relatos, trata-se da observação do acesso venoso. Esta variável teve sua importância sobressaltada, ao longo das falas, inclusive quando diante de situações contraditórias, a exemplo da sobrecarga de trabalho. Segundo estes sujeitos, a observação do acesso venoso do RNPT deve ser praticada durante todo o processo de interação, o que inclui cada momento de administração da medicação endovenosa. Adotada esta medida, possibilita-se a monitoração da qualidade do acesso, indo de encontro à ocorrência de EA.

“Ao chegar ao plantão, devemos observar todos os RN que estão com acesso, principalmente se for periférico, pois tem maior possibilidade de perda. Se está com edema, vermelhidão... (T10)”

“(...) não é porque a veia teve um bom refluxo que vai ficar lá até o final do plantão. (A7)”

“(...) a qualquer momento, pode haver um extravasamento. (T21)”

“Acontece de a punção ser nova e o bracinho ficar vermelhinho. Você nem imaginava isso. (T22)”

“Observar se o acesso está pérvio ou não e também durante a administração do medicamento. Importante também é observar a droga que o bebê vai tomar, confirmando se pode fazer por aquele acesso periférico. (E1)”

“Quando precisa trocar um esparadrapo, já troco. (A9)”

“(...) por mais que a sobrecarga de trabalho esteja à frente de tudo. (T15)”

Outra estratégia utilizada pelo grupo para prevenir as possíveis complicações consiste na escolha da veia a ser puncionada, dando-se relevância ao seu calibre e localização. Além disso, dependendo da finalidade do acesso (hidratação venosa ou administração de medicação, via acesso salinizado), este mecanismo de escolha sofrerá variações, segundo o mesmo.

“Estar atento antes da realização, no preparo e durante a venopunção, para que a gente escolha o melhor vaso possível, para que a gente não seja causador daquela complicação. (E2)”

“De preferência, procuro um calibre mais grosso e evito locais de dobras; e tento manter o membro imobilizado. (T16)”

“É necessário avaliar direitinho a rede venosa. (A3)”

“Punciono uma veia de acordo com a infusão. Se for hidratação venosa, precisa de uma veia de maior calibre. (E3)”

Em conformidade com as considerações obtidas através deste estudo, Gomes et al. (2011) destacam que, a fim de promover segurança aos RNPT, a equipe de enfermagem deve observar, periodicamente, o AVP. Mais especificamente, para a prevenção de flebite, Toledo,

Oliveira, Romão (2008) referem ser essencial a lavagem básica das mãos, preparação da pele e renovação dos dispositivos.

Compete, pois, ao enfermeiro a prevenção e detecção precoce de fatores de risco às complicações de uma venopunção (MODES et al., 2011). Assim, mediante observação, a equipe de enfermagem poderá detectar sinais e sintomas de complicações, implicando na suspensão da terapia (PEREIRA; ZANETTI; RIBEIRO, 2002).

Frente às complicações em evidência, alcançou-se espaço para discussão da conduta a ser adotada, na vigência das mesmas: remover o cateter; providenciar novo acesso; comprimir a área; ofertar compressa, bicarbonato de sódio, gelox, soro fisiológico, reparil gel ou ácido graxo essencial, ao local; massagear; comunicar a ocorrência à enfermeira, médico e genitora/responsável; registrar a intercorrência em prontuário; oferecer carinho e outras formas de cuidado ao RNPT.

“Imediatamente, retiro o acesso venoso e protejo a área. E tudo a gente precisa anotar. (T11)”

“A primeira conduta é retirar, trocar a venopunção. Para flebite, aplico compressa. Para o hematoma, usar meios medicamentosos, para diminuí-lo. (E2)”

“Tento resolver a infiltração, para que não se torne uma necrose, uma lesão maior. Comprimos por mais tempo, faço compressa, evito outra veia próximo ao local e observo durante todo o horário em que eu estiver com a criança. (T18)”

“Retirar, puncionar, em outro local, fazer massagem no local, se estiver com edema” (T6).

“Faço compressa no local e coloco AGE. (T8)”

“Fico segurando o algodão, pressionando, até parar de sangrar. (E1)”

“Se tiver reparil gel, passo e deixo no local, para depois refazer a compressa. (T12)”

“Faço a compressão direta, para evitar o sangramento. Quando há prescrição de reparil, coloco depois. (A10)”

Dentre as supracitadas, a menção de destaque consistiu na imediata remoção do cateter, antes de se proceder com qualquer outro tipo de cuidado. Entretanto, merece atenção especial uma contribuição que, sozinha, citou a aplicação de compressa fria com bicarbonato de sódio ao local que sofreu infiltração ou extravasamento.

“Para infiltração e extravasamento, retiro o AVP e aplico sobre a pele compressa fria com bicarbonato de sódio. (E3)”

Apesar da segurança com que esta enfermeira referiu o uso de bicarbonato de sódio tópico, para o tratamento de infiltração, não foi localizado na literatura consultada estudo que com ela corroborasse.

Para o tratamento específico de flebite, Modes et al. (2011) citam: interrupção da infusão e reinício, em outro sítio; compressa quente e úmida no local afetado (três vezes ao dia, durante 20 minutos); elevação do membro e repouso. Não há consenso entre os autores sobre compressas, sendo citada a fria para reduzir a toxicidade da camada intradermal. Acrescentam-se, a isto, nitroglicerina, géis e adesivos transdérmicos; cremes a base de heparina ou polisulfato de mucopolissacarídeo; pyroxicam em gel; notoginseny creme e diclofenaco oral ou em gel.

Apesar de, na maioria das vezes, o tipo de compressa não haver sido especificado, não houve consenso acerca disto, de modo que, em alguns momentos, tornou-se perceptível a dúvida da profissional em optar por citar se quente ou fria. Nos casos a seguir, as auxiliares e a técnica de enfermagem são divergentes quanto à conduta a ser adotada frente à verificação de edema na área puncionada, em um RN:

“Para o edema, colocar uma compressazinha, algodão com água gelada. (T24)”

“Se extravasar ou formar edema, faço compressa morna. Se tiver reparil, passo depois de um dia. (A1)”

“Para edema, uso água morna. (A10)”

Diante da ausência de consenso acerca das indicações para uso de compressa morna ou fria, julgou-se oportuno consultar a literatura. Identificou-se que, diante de complicações da TIV, os cuidados de enfermagem devem incluir a aplicação de compressas mornas, visando a promover vasodilatação e reduzir o edema; e a utilização de compressas frias, na fase inicial, no intuito de reduzir a dor (WIELENS et al., 2014).

Reconhece-se, portanto, que as considerações das duas auxiliares de enfermagem componentes do fragmento acima atendem à literatura consultada, enquanto a técnica de enfermagem mostrou-se equivocada, em seu relato.

Apesar de não se optar pelo resgate de conteúdo, na literatura, tornam-se expostas considerações extraídas do grupo acerca da não prestação de qualquer cuidado ao RN que sofreu complicação em sua venopunção, sem primeiro comunicar ao médico e/ou enfermeira plantonista. Tais contribuições foram emitidas por quatro técnicas de enfermagem, conforme segue:

“Comunico ao médico ou à enfermeira, para tomar as providências. Eu não faço qualquer coisa sem orientação. (T3)”

“Informo ao médico, imediatamente, até porque a família se queixa, por ser mais um probleminha para o seu bebê. De acordo com a conduta do médico, tomo as providências. (T9)”

“Comunico ao responsável do horário: enfermeira ou médico plantonista. Retiro o acesso e aguardo orientações. (T10)”

“A primeira conduta é comunicar ao responsável pelo setor: médico ou enfermeiro. Na ausência destes profissionais, retiro o acesso imediatamente. (T12)”

Adicionalmente, sinal de sensibilidade pôde ser reconhecido, ainda nesta abordagem, de modo que a humanização do cuidado pôde ser perceptível em momentos que perpassam o antes, durante e após o procedimento, além de após as complicações. Extraiu-se um relato, pois, no intuito de exemplificar a importância da prestação deste cuidado, diante de uma complicação de venopunção:

“Dar um denguinho ao bebê. (T5)”

5.2 Promoção da ambiência neonatal e conforto ao RNPT durante a venopunção periférica

A humanização consiste em um movimento crescente, com diferentes sentidos e de disseminada presença, representando um conceito irrestrito a uma técnica, arte ou artifício, mas relacionado a um processo vivencial. Na UTI, a mesma acontece timidamente, por se tratar de um ambiente gerador de estresse significativo sobre a equipe de enfermagem, que enfrenta situações de conflitos diversas (SANTANA et al., 2012).

Na perspectiva de cuidado, dar-se-á destaque às características identificadas neste estudo quanto à promoção de humanização e conforto ao RNPT, quando este se encontra na iminência de uma venopunção periférica.

5.2.1 A equipe de enfermagem e os cuidados com o RNPT durante a venopunção periférica: ambiente e conforto

A internação da criança representa agressão ao seu mundo lúdico e mágico, o que faz requerer do profissional assistente a compreensão do seu mundo. Trata-se de um evento que gera ansiedade, sendo necessária a adoção de atenção e respeito ao conteúdo emocional e psicológico do RNPT, durante toda a terapêutica (MELO; MARCO; UCHIMURA, 2010).

Consequências ao desenvolvimento neurocomportamental do RNPT podem provir de sua condição fisiopatológica, sendo provocada pela terapêutica, ambiência e manuseio

excessivo. Desse modo, o mínimo de repouso do RNPT pode contribuir, positivamente, ao referido desenvolvimento (MAGALHÃES et al., 2011).

Reconhecido o impacto que o contato excessivo dos profissionais com a pele do RNPT representa ao seu processo de recuperação, dedicou-se atenção à vertente do seu preparo para procedimentos dolorosos. Quando questionadas a respeito, a totalidade das entrevistadas revelou-se com isto preocupada, incluindo neste processo o preparo do ambiente e a seleção de um local mais seguro, dotado de boa iluminação, por exemplo. Esta consistiu, portanto, na descrição das medidas utilizadas pelas participantes do estudo durante este preparo:

“Deixar o bebê o mais confortável possível, em um lugarzinho que lhe dê mais conforto. Faço uma luvinha com glicose e deixo ele chupando. Às vezes, eles ficam quietinhos; outros, não. Aí, eu tento conversar, ninar ele, pra ver se ele se acalma. Quando tem uma pessoa do lado, fica mais fácil. (T20)”

“Deixar o RN confortável, pingar a glicose. Se estiver frio, deixá-lo agasalhado. Quanto mais desconfortável, mais ele sente dor. Se eu deixo agasalhadinho, faz aquele pacotinho, ele não sente tanta dor. (T19)”

“Oferecer luvinha, dedinho para ele sugar, gotinhas de glicose para que amenize a dor. (A5)”

“Ofereço 1 ml de glicose via oral, dois minutinhos antes do procedimento, ou a sucção não nutritiva. Quando eu não estou executando o procedimento, no intuito de aprender, acompanho as meninas com o dedinho na boca do bebê para acalmá-lo. Tem também a escala de avaliação da dor, que eu confesso não utilizar. (E1)”

“Coloco umas gotinhas de glicose a 25%, na boquinha dele, e o posiciono corretamente. (A3)”

“Ofereço 1 ml de glicose via oral, dois minutinhos antes do procedimento, ou a sucção não nutritiva. (E2)”

Adotada esta adequação, a equipe volta-se às características individuais do RNPT, observando-o e analisando a sua rede venosa, aquecendo-o com lençóis, promovendo conforto e ofertando-lhe glicose a 25% e sucção não nutritiva.

Na última fala destacada, reconhece-se o conhecimento de uma enfermeira que manifesta a existência da técnica de sucção não nutritiva, citando-a como componente das estratégias promotoras de conforto ao RN. A mesma é diferenciada da oferta de glicose, propriamente dita, o que não pôde ser verificado em outros momentos de entrevistas.

Destarte, justificativa utilizada pelo grupo para se proceder com a oferta destes cuidados consistiu na implicação positiva deste gesto para o profissional. Segundo algumas participantes do estudo, tais atitudes proporcionam estado de calma ao RN, o que resulta na eficácia e sucesso do procedimento,

“(…) Até porque o RN calminho facilita o nosso trabalho, além de não precisar ficar puncionando ele muitas vezes. (E5)”

“Geralmente, quando ofereço a glicose, ele fica quietinho. Nunca aconteceu de a criança ficar muito agitada, depois disso. (T11)”

Quando instigadas ao estabelecimento de uma definição para este processo, as entrevistadas emitiram as seguintes contribuições:

“O preparo para procedimento doloroso seria a minimização, ao máximo possível, da dor do RN, no ato da punção. Devemos procurar empacotá-lo, deixando-o bem agasalhado. Outro procedimento é a oferta de glicose (duas a quatro gotinhas por via oral), para amenizar a dor dele. (E2)”

“Realizar condutas que visem à diminuição de dor no RN, antes de qualquer procedimento invasivo. Observar a saturação dele, oferecer glicose antes do procedimento, fazer o pacotinho e deixar só o braço exposto. (T15)”

“Utilizar formas não farmacológicas para o alívio da dor que o procedimento proporcionará. (E6)”

De acordo com esta vertente do conhecimento, a enfermagem neonatal tem papel relevante na detecção de sinais de estresse no RNPT, necessitando conhecer as principais estratégias para reduzi-los. Para tal, deve-se reduzir a frequência de procedimentos dolorosos e estressantes, proporcionando sua organização comportamental e desenvolvimento neurológico (RIQUELME, 2013).

Neste sentido, destacam-se os relatos que ressaltam a importância das características que atendem à humanização da assistência de enfermagem, amenizando o desconforto proporcionado pelo procedimento. Dentro deste contexto de cuidado humanizado, cita-se a adoção das seguintes técnicas não-farmacológicas: acalmar e conversar com o RNPT e sua genitora; posicioná-lo de modo confortável, inclusive para o profissional executante; aquecê-lo, envolvendo-o com lençol e mantendo exposta apenas a área a ser puncionada; ofertar glicose, em gaze; tentar garrotear o membro sem fazer uso de luvas, utilizando, apenas, a mão do profissional.

Estas diversas pontuações podem ser reconhecidas nos relatos que seguem, cujas principais características são evidenciadas pontualmente:

“Não tem como evitar essa dor. Mas, a gente aquece o paciente, coloca uma luva na boquinha dele, para ele ficar sugando. (A4)”

“Tentar acalmá-lo, colocando no braço, conversando, tentando amenizar ao máximo a situação dele, conversando também com a mãe, que é a acompanhante. (T2)”

“(…) em posição favorável para a gente puncionar, proteger com o lençol, deixando só o bracinho descoberto. (A7)”

“Se precisar garrotear, uso a própria mão, já que não uso ligas. Deixo de maneira confortável. Sempre afago, antes e depois. (T18)”

Na perspectiva deste conteúdo, os relatos evidenciaram cuidados encontrados em literatura que tratam da minimização da dor no RNPT submetido à AVP. Sucção e uso de glicose; conforto; acalento; manuseio cuidadoso; preocupação com a punção venosa e com o RNPT merecem destaque (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012); assim como a redução do número de procedimentos; avaliação de frequências cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, expressões faciais, movimentos corporais e choro devem ser adotadas, neste propósito (CHRISTOFFEL, 2009).

Nesta vertente de oferta de solução glicosada, destaca-se que a glicose a 25%, anteriormente à inserção de cateter venoso, foi verbalizada por quase a totalidade dos entrevistados. Em contrapartida, o uso da glicose a 50% para tal finalidade foi citado durante um único momento, através de uma técnica de enfermagem. Este contraponto pode ser verificado infra:

“(…) tenta amenizar a dor com gotinhas de glicose a 25%. (T10)”

“(…) gotinhas de glicose a 25 % diminuem a dor dele. (T21)”

“Oferta de 1 a 2 ml de glicose a 25%, 2 minutos antes. (E3)”

“Dois minutos antes da punção, ofereço duas ou três gotinhas de glicose a 25% ou 50%, para que ele sinta menos dor. (T7)”

Diante desta situação, a prevalência da literatura consultada não faz referência à utilização de glicose a 50%, recomendando-se o uso clínico de glicose a 25%, cerca de 1 a 2 minutos antes de pequenos procedimentos (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012).

Atentando-se à constante referência feita ao uso de glicose, o conhecimento acerca da quantidade e tempo para esta oferta foi demonstrado por uma minoria populacional. Identifica-se, portanto, restrições de conhecimento dos sujeitos quando se trata desta especificação de conduta:

“Oferta de glicose a 25%, 1 a 2 mL, 2 minutos antes do procedimento. (E3)”

“Fazer a chupetinha com glicose, dois a três minutos antes, aí ele recebe a informação no cérebro e ameniza a sua dor. (T9)”

“(…) um tempinho de 10 minutos, no máximo, até ele deglutir. (A7)”

“Pingar a glicose 5 minutos antes na boca da criança. (T19)”

Diante desta escassez de relatos a respeito, consultou-se com afinco a produção existente. Alves et al. (2013) sugerem, diante da inexistência de consenso, que tal oferta seja realizada 2 minutos antes do procedimento doloroso.

Nesta perspectiva de escassez de conhecimento detalhado acerca de algumas características, merece atenção relato de uma técnica de enfermagem que mencionou interesse por aprender mais a respeito dos cuidados em discussão, apesar de já fazer uso de glicose:

“Eu queria aprender outras técnicas, mas o que eu já conheço é o uso de glicose na gaze. (T8)”

De acordo com as constatações já evidenciadas, uma auxiliar de enfermagem ressaltou o respeito que deve se dedicar a determinados cuidados, apesar das limitações (já descritas) encontradas no serviço.

“Dou uma parada, deixo ele descansar e acalmar. Prece até que a gente não faz isso, mas eu faço. (A2)”

Atentando-se a cada produto das discutidas entrevistas, merecem destaque os sinais de sensibilidade revelados por cada profissional. Independente da citação de literatura já consultada, a amostra se revelou preocupada em cuidar do RN, oferecendo-lhe carinho e amenizando o sofrimento a ser provocado. A própria demanda de atividades do setor, anteriormente citada como acentuada, não as impede de agir com sutileza e preocupação, não dispensando, inclusive, a adoção da comunicação com o RNPT.

“A gente fica triste, quando vai fazer um procedimento doloroso, apesar de saber que é para o bem dele. A gente pode falar, mesmo sem ele entender, passando um carinho para ele. Eu tenho muito cuidado quando pego um bebê, eu coloco ele na situação de como se fosse meu filho. Quando não consigo logo, sofro. (A2)”

“Apesar da demanda que a gente tem, se esse preparo fosse seguido rigorosamente, a assistência seria 100% humana. O acesso venoso já é muito doloroso, imagine para o bebê. (T14)”

“Só em vir para cá, sem a mãe, já é sofrimento. Eles não entendem, mas eu converso, digo que sinto muito, que é necessário, que preciso fazer. (A4)”

“Quando você não explica, eu acho que ele sente. É como se ele compreendesse. Ele chora, mas chora menos. Coloco a glicose, converso com ele, aí ele se acalma. (A9)”

“Às vezes, eles ficam quietinhos, só chupando. Outros, não. Aí, eu tento conversar, ninar ele, pra ver se ele se acalma. (T22)”

Sem que a pesquisadora tenha provocado discussão concernente, uma auxiliar de enfermagem e uma técnica de enfermagem emitiram opinião acerca do melhor momento de oferta de dieta, em relação ao procedimento. As constatações mostraram-se divergentes, de modo que a primeira referiu a alimentação atuar na promoção de saciedade, acalmando o RN, devendo ser oferecida anteriormente. Em contrapartida, a segunda fala revela sugestão de oferta posterior à venopunção, acalmando-o após a sensação dolorosa e evitando episódio de regurgitação ou vômito.

“Gosto de alimentá-lo antes, por ele não chora muito. (A9)”

“Se ele tiver dieta, deixo para puncionar antes desse horário, para acalmá-lo depois. Deixo também um paninho sobre a incubadora, para protegê-lo da luz, relaxar e dormir, posteriormente. (T12)”

No intuito de se desfazer este desacordo, consulta realizada identificou a recomendação de se agrupar intervenções dolorosas antes de um evento agradável. Como exemplo, Veronez e Corrêa (2010) citam a oferta de dieta após a venopunção periférica, mostrando-se em conformidade com a contribuição da técnica de enfermagem supramencionada.

Fazendo uso de justificativa similar à desta técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem resgatou um fato em que se verificou o engasgo do RN, após lhe ter sido ofertado conteúdo líquido, por via oral (glicose), enquanto chorava.

“Na prática, às vezes dá errado. Uma vez, com ele chorando, o líquido o fez se engasgar. A minha colega disse que nunca mais ia colocar, porque ele ficou cianótico. Por isso, sempre gosto de alguém ao lado, mas nem sempre é possível. (A11)”

Outro detalhamento obtido através da entrevista semi-estruturada consiste na não realização do preparo do RN nos casos em que ele se encontra sob efeito de sedação. Segundo a auxiliar de enfermagem que atentou para este detalhe, dispensa-se a oferta de solução glicosada, em detrimento do padrão em que aquele se encontra:

“Quando ele está muito grave e sedado, acabo relaxando, nesse sentido. Tenho mais esse cuidado quando ele não está fazendo uso de medicação para dor. (A3)”

Consolidados os dados acerca do preparo do RNPT para o procedimento que provoca dor, há de se discutir a prestação de atenção às manifestações daquele, durante a venopunção periférica. Quando instigadas a falar a respeito, todas as entrevistadas referiram adesão a esta prática, o que fez destacar a identificação de choro, enrugamento da testa e expressões faciais, como sinais indicativos da necessidade de cuidado a ser prestado. A estes sinais de desconforto, as mesmas acrescentaram: dispneia; fáceis de dor; parada cardiorrespiratória; regurgitação; cianose central; letargia. Ademais, a extubação foi mencionada como uma possível intercorrência observável durante este processo.

“Preciso perceber dor. (A2)”

“Rostinho de dor, testinha fica enrugada. (T8)”

“(…) fáceis de dor. (E3)”

“Ele fica irritado, chora muito. (T13)”

“Pode ficar cianótico, regurgitar... (T19)”

“(…) se ele está dispneico, cianótico... (T9)”

“O bebê mostra reações diferentes, (...) cianose, por causa da punção ou graças à gravidade dele, (...) parada, (...) broncoaspirar. (A4)”

Reconhece-se, pois, respeito às orientações emitidas por Santos et al. (2012), quando referem ser oportuna a observação das seguintes manifestações: expressão facial; tipo de choro; movimento dos braços e pernas; padrão respiratório; estado de consciência.

Apesar de não terem sido atendidas pela presente pesquisa, outras características ainda podem ser apresentadas, pelo RNPT: redução da saturação de oxigênio e aumento da frequência de pulso; alteração da coloração da pele; insuficiência respiratória. Tais respostas podem potencializar sua suscetibilidade a alterações cognitivas, psicossomáticas e psiquiátricas (MAGALHÃES et al., 2011).

Como justificativas utilizadas para se dedicar esta atenção ao RN, destacam-se as contribuições que pontuam as possíveis consequências do referido estado:

“Quando está muito irritado, nervoso, chorando muito, [o RN] descompensa. Eu evito que isso aconteça (T18).”

“Se está muito inquieto, me preocupo. Você pode estar contribuindo para este desconforto. (A11)”

“É importantíssimo observar as manifestações, pois ele pode fazer cianose, pausa... A gente pensa que ele está muito quietinho, mas na verdade pode estar fazendo alguma pausa, ou regurgitando, após uma dieta que tenha sido feita há pouco tempo. (T25)”

“Principalmente quando estão muito graves, pode acontecer de a gente não atentar para o todo. Pode haver, até, risco de extubação. À medida que realizo o procedimento, observo, pois muitas vezes preciso parar. (A3)”

Todavia, não houve registro que corroborasse com a informação de que, na dor prolongada e no estado de passividade, devem ser reconhecidos sinais de abertura dos dedos das mãos, desvio do olhar e bocejo. De acordo com Christoffel (2009), tratam-se de sinais para mudança do procedimento. Esta produção, portanto, não obteve informações relacionadas a estes sinais de desconforto mais sutis, à manifestação de dor.

Em se tratando das medidas adotadas para se promover segurança ao RNPT, durante o procedimento, amenizando os riscos de complicações, obtiveram-se: monitorização de saturação e frequência respiratória; disponibilização de oxigênio e vácuo, em proximidades do leito do RN.

“Observo saturação, respiração... (T15)”

“O leito precisa estar sempre arrumado, com oxigênio e vácuo disponíveis. Se houver alguma intercorrência, os cuidados acontecerão. (E5)”

“Precisa ter tudo no lugar. (A7)”

Ainda neste contexto, destaca-se a importância de se solicitar ajuda, por parte de outro profissional ou da própria genitora, enquanto se procede com a venopunção. Assim, entrevistadas referem que se proporciona um melhor acompanhamento das respostas emitidas pelo RNPT, podendo-se oferecer-lhe maiores cuidados. Reconhece-se que, sozinho, o profissional encontrará dificuldades para atender às necessidades demandadas pelo procedimento, o que deve ser evitado.

“Durante a venopunção, presto mais atenção na veia, não fico olhando o RN, porque eu sempre punciono com outra pessoa, aí é ela quem observa ele. (T24)”

“Peço à mãe que calce a luva e coloque na boquinha dele, com glicose. (A1)”

“Quando estou sozinha, peço ajuda. (T12)”

Os procedimentos dolorosos ou estressantes devem ser minimizados. Após a venopunção periférica, deve-se reduzir o barulho e a luz do ambiente e proporcionar o contato mãe-bebê (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

Paralelamente, no que se refere à conduta a ser adotada, diante das referidas manifestações, houve consenso entre as participantes, o que incluiu: interrupção do procedimento, no intuito de se acalmar o RN; prestação de cuidados às especificidades da intercorrência; estabilização e posicionamento do RN; convocação de enfermeiro e/ou médico plantonista.

“Eu gosto de ser muito carinhosa com eles. Além da glicose, gosto de alisar o cabelinho, quando estou auxiliando alguma colega. Quando sou eu que estou puncionando, faço aquele pacotinho, faço um carinho, converso: ‘Porque você está chorando?’. (T11)”

“Se está chorando muito, dou um tempinho para ele se aquecer. Se está no hood, deixo ele no hood. (T6)”

“Tento restabelecer o que posso ter causado durante o procedimento. Organizo ele e deixo-o mais confortável. (T15)”

“Eu paro a punção, faço os primeiros cuidados: aspirar o bebê, reanimar, chamar médico e toda a equipe. Se fizer uma hipoglicemia, chamo o médico, mas adianto a punção, para poder estabilizar ele. De início, parar o procedimento e fazer o que for mais urgente, aspirar ou auxiliar na intubação. (A4)”

“Eu suspenderia o procedimento e procuraria resolver o que estava acontecendo. Depois, faria o acesso, pois este é necessário para administração do antibiótico. (T11)”

“Se ele tiver regurgitado, no momento da punção, paro, limpo o nariz, instilo soro, mudo a posição, acalmo, para depois continuar. (T10)”

“(…) e coloca ele de ladinho. (T24)”

“Se o bebê estiver no oxigênio, pode apresentar cianose, então preciso estar com o material disponível, para atendê-lo. (E4)”

Em um relato, convocar o médico plantonista foi citado como a única conduta a ser adotada:

“Qualquer coisa que ele apresenta diferente, eu comunico ao médico. (T3)”

Em se tratando da conduta de interrupção do procedimento, fez-se referência à atenção à sinalização não-verbalizada, característica deste público, e à adoção da escala de avaliação da dor do RNPT, instrumento que em muito pode auxiliar, durante este processo de observação.

“Quando a gente vê uma expressão facial de dor, interrompo, deixo-o relaxar, para poder reiniciar. (T12)”

“Não têm como dizer o que estão sentindo, mas fazem expressões faciais, enrugam a testinha, e isso eu entendo como dor. Aí, a gente procura uma posição mais confortável. (A5)”

“Não enrolar o local que foi puncionado, deixar sempre exposto. (T2)”

“Tem também a escala de avaliação da dor, que eu confesso não utilizar. (E1)”

Discorrido acerca da atenção voltada às manifestações do RNPT durante o procedimento de venopunção periférica, faz-se sobressaltar a necessidade do seu registro, por parte do profissional executante do procedimento, seja em forma de anotação, seja através de evolução de enfermagem. Apesar de as participantes deste estudo não terem mencionado sua realização, os mesmos precisam fazer-se presentes a cada intervenção realizada com o RN, correspondendo ao que é solicitado pelo Processo de Enfermagem.

Entretanto, a literatura demonstra que os registros escritos sobre as manifestações não-verbais do RNPT ainda são escassos ou inexistentes. Quando algum se faz presente, é pontualmente, disperso, em meio à evolução de enfermagem (NASCIMENTO, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante contextualização das participantes deste estudo acerca da enfermagem em neonatologia, tornou-se possível a caracterização do procedimento de venopunção periférica em RNPT. O alcance dos seus objetivos se deu através de uma diversidade de abordagens concernentes à prestação de um cuidado de enfermagem revestido de qualidade, consolidação esta conduzida através de uma sequência lógica de questionamentos emitidos pela pesquisadora.

Em se tratando da composição dos sujeitos desta pesquisa, neles estão incluídas profissionais vinculadas ao setor de UCIN e/ou UTIN, na condição de auxiliares de enfermagem. Consequentemente, estas profissionais executam as atividades que são inerentes à categoria de técnicos de enfermagem, envolvendo o manuseio e realização de procedimentos invasivos. Ademais, ressalta-se que a totalidade destas auxiliares de enfermagem referiu ser portadora do título de técnico de enfermagem e/ou de enfermeira, apesar de estes não se tratarem dos cargos por elas ocupados.

A abordagem concernente ao conhecimento técnico-científico das profissionais entrevistadas permitiu a identificação de nivelamento entre as partes, principalmente ao se tratar de uma mesma categoria profissional. O instrumento de coleta de dados adotado possibilitou, pois, a identificação do conhecimento daquelas acerca das temáticas que remetem à prática do referido cuidado de enfermagem.

Todavia, a utilização de terminologia científica adequada, durante os diversos momentos desta abordagem, não se revelou prevalente, sendo reconhecidas eventuais trocas de conceitos ou definições, dentre as características analisadas. Estas limitações foram predominantemente identificadas nos relatos emitidos por auxiliares de enfermagem, cujo conhecimento se mostrou vinculado, com ênfase, ao adquirido através da prática profissional.

Reconhecidas tais limitações, os diários de campo da pesquisadora revelam a adoção de medidas que se fazem consonantes com a literatura pesquisada, inclusive por parte daquelas profissionais que protagonizaram alguma falha durante o momento de entrevista. Reconhece-se que a visualização das atividades executadas por colegas, no âmbito de sua vivência laboral, proporciona à profissional a absorção de conteúdo relacionado, inclusive por quem não tenha verbalizado satisfatória fundamentação teórica. Nisto se inclui, por exemplo, as características compositoras da temática de segurança do paciente, que também puderam ser verificadas, na prática observada.

Diante das restrições que as próprias participantes do estudo referiram apresentar, a importância da promoção de educação permanente neste cenário ocupou posição de destaque, sendo apontada pelo grupo como relevante estratégia de redução das dificuldades ora encontradas.

Nesta vertente de conhecimento, as temáticas em que os sujeitos manifestaram maior domínio teórico consistiram nas indicações para a realização da venopunção periférica e nas medidas adotadas como promoção de conforto ao RNPT. Se analisados, isoladamente, os relatos não atenderam à integralidade das recomendações encontradas na literatura científica. Poucas foram as profissionais, com destaque para uma enfermeira, que emitiram conhecimento teórico abrangente, aproximado ao que é recomendado. Todavia, tomando os sujeitos como uma unidade, tornou-se possível atender às orientações científicas.

Em se tratando das contra-indicações para a venopunção periférica em RNPT, vantagens e desvantagens desta prática, descrição do procedimento e conhecimento acerca das complicações provocadas pela mesma, o grupo mostrou-se coerente, podendo-se inferir que as atividades laborais influenciam, positivamente, no acúmulo de conhecimento revelado por cada parte.

Apesar das reconhecidas dificuldades na emissão de conceitos e sugestão de atitudes frente às complicações da venopunção periférica, é notório o conhecimento do grupo acerca da importância da vigilância. Esta é evidenciada como a principal medida profilática destas complicações, além de relevante na identificação de sinais ou sintomas que sugiram alguma anormalidade. Todavia, o conhecimento detido acerca de tratamento específico e sintomatologia de cada uma delas mostrou-se deficiente. Ou seja, fez-se frequente referência a um padrão estático de comportamentos a serem adotados frente a cada situação, não sendo consideradas as peculiaridades e o tipo de reação orgânica especificamente apresentadas pelo RNPT.

A adoção de medidas de promoção do conforto e minimização da dor do RNPT obteve destaque durante a fase que antecede o procedimento, sendo amenizado o quantitativo de relatos a respeito ao se tratar do momento da venopunção, propriamente dita. Tratando-se dos recursos utilizados para a prestação destes cuidados, destacou-se a adoção das seguintes medidas não-farmacológicas: oferta de glicose (maior relevância), posicionamento do RN, conforto, enrolamento, aquecimento e exposição única da área a ser puncionada. Durante relatos isolados, também se fez presente a figura da genitora.

Enquanto isso, durante a descrição do procedimento de venopunção periférica, assim como durante os momentos que envolveram sua observação, reconhece-se a padronização da

técnica empregada. A oferta de conforto ao RNPT, inclusive, é citada em quase a totalidade das entrevistas. Nos casos em que houve esta omissão, a explicação predominantemente adotada consistiu na superlotação do setor, que atua como fator comprometedor da qualidade de sua assistência de enfermagem.

As participantes que referiram respeitar estas medidas, durante a técnica empregada, citaram a importância de se convocar funcionário adicional. Assim, viabiliza-se a observação das reações emitidas pelo RN, enquanto o procedimento é realizado, implicando no reconhecimento (ou não) da necessidade de intervenção. Durante este momento, a oferta adicional de glicose foi citada, apenas, quando na persistência do choro do RN.

Enquanto isso, ao término do procedimento, as medidas de conforto relatadas consistiram em: manutenção do RNPT em posição confortável, limpo e aquecido; aproximação da genitora; oferta de dieta, quando possível.

Na perspectiva deste estudo, a atenção à segurança do paciente mostrou-se centrada na vertente do discutido procedimento. Pôde-se elencar uma diversidade de medidas que a promovem, ao passo em que se manteve o foco na venopunção periférica. Destarte, toda a assistência de enfermagem dedicada a período peri-procedimento mostrou-se vinculada à prestação da referida segurança, devidamente exemplificada por parte das profissionais.

Percorridos os dados consolidados, é reconhecida a sensibilidade revelada pelas profissionais participantes desta pesquisa, enquanto prestadoras da assistência de enfermagem focada na promoção de conforto e amenização da dor do RNPT submetido à venopunção periférica.

Independente do cargo ocupado e do vínculo estabelecido com a Instituição, tornou-se possível caracterizar, no grupo estudado, uma assistência individualizada, de qualidade, alcançada mediante interesse por se transpor às dificuldades ora encontradas, seja relacionadas ao RNPT, seja proporcionadas pela dinâmica do serviço. A sutileza com que representantes destes sujeitos se referiam ao público-alvo de sua assistência reafirma a importância que é dada à oferta de cuidado diferenciado àqueles que apresentam tamanhas particularidades.

As considerações supramencionadas implicam na ampliação da dimensão da prática de enfermagem. O comprometimento com uma assistência pautada na segurança do paciente interno em UTIN de um H.U. aproxima as faces acadêmica e assistencial da pesquisadora. Pôde-se reconhecer, portanto, nas profissionais participantes deste estudo, o interesse por prestação de cuidados de enfermagem revestidos de qualidade, não limitados ao cumprimento de atividades.

REFERÊNCIAS

ALVES, F.B.; FIALHO, F.A.; DIAS, I.M.A.V.; AMORIM, T.M.; SALVADOR, M. Dor neonatal: a percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Cuid.**, v. 4, n. 1, p. 510-515, Jan./Dec., 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533224011.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2015.

ANTUNES, J.C.P.; NASCIMENTO, M.A.L.; GOMES, A.V.O.; ARAUJO, M.C.; CHRISTOFFEL, M.M. Tecnologia coadjuvante no tratamento do recém-nato prematuro: cuidados de enfermagem no uso do CPAP nasal. **Enfermería Global**, n. 20, Oct., 2010. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/111141/105541> Acesso em: 17 out. 2013.

AQUINO, F. M.; CHRISTOFFEL, M. M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Rev. Rene**, v. 11, n. especial, p. 169-177, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/483>. Acesso em: 7 ago. 2014.

BAGGIO, M.A.; BAZZI, F.C.S.; BILIBIO, C.A.C. Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI neonatal e pediátrica. **Rev gaúcha enferm**, v. 31, n. 1, p. 70-76, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a10v31n1.pdf> Acesso em: 4 abr. 2014.

BIAIOCCO, G. G. **A utilização do cateter central de inserção periférica no ambiente hospitalar**. Dissertação. (Pós-graduação em medicina e ciências da saúde) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2009. Disponível em: <http://meriva.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/4451/1/000422498-texto%2bcompleto-0.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. Acesso em: 11 nov. 2014.

BELO, M.P.M. SILVA, R.A.M.C.; NOGUEIRA, I.L.M.; MIZOGUTI, D.P.; VENTURA, C.M.U. Conhecimento de enfermeiros de neonatologia acerca do cateter venoso central de inserção periférica. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, Jan./Feb., 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26048&indexSearch=ID> Acesso em: 1 dez. 2014.

BONVENTO, M. Acessos vasculares e infecção relacionada a cateter. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 19, n. 2, Abr./Jun., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n2/a15v19n2.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Corrente Sanguínea: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Efeitos Adversos – UIPEA, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES, 2009a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/correntesanguinea.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde. Neonatologia**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro3-Neonatologia.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, v.1, n.1, Jan./Jul., 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETI_M+I.PDF?MOD=AJPERES. Acesso em: 3 jul. 2015.

BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru**. Manual Técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2011a. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.

BRASIL. **Decreto n. 94.406/87**. Brasília, 1987. Disponível em: http://www.corenpr.org.br/legislacao/decretos/decret01_impresao.htm. Acesso em: 17 jun. 2015.

BRASIL. **Lei n. 7.498/86**: Regulamentação do exercício da Enfermagem. Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L7498.htm>. Acesso em: 17 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf. Acesso em: 02 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. Brasília: 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 14 jun. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Educação Permanente do SUAS**. 1.ed. Brasília: MDS, 2013b. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/Politica-nacional-de-Educacao-permanente.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 1 jul. 2015.

BRASIL. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, Portaria nº 569, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 17 jun. 2015.

BRASIL. **Rede cegonha**. Portaria nº 1.459, Brasília, 2011d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 17 jun. 2015.

BRASIL. **Resolução COFEN 311**: reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Seção 1, p. 81-83, 2007. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 19 jun. 2015.

CALIRI, M.H.L.; MARZIALE, M.H.P. A prática de enfermagem baseada em evidências. **Rev. Latino-am enfermagem online**, v. 8, n. 4, p. 103-104, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400015&script=sci_arttext. Acesso em: 3 set. 2013.

CÂMARA, S.M.C.; TAVARES, T.J.L.; CHAVES, E.M.C. Cateter venoso de inserção periférica: análise do uso em recém-nascidos de uma unidade neonatal pública em Fortaleza. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 8, n.1, p. 32-37, Jan./Abr., 2007. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/638>. Acesso em: 1 dez. 2014.

CARDOSO, S.N.M.; ESTECHE, C.M.G.E.; OLIVEIRA, M.M.C.; SHERLOCK, M.S.M.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Desafios e estratégias das enfermeiras na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 76-84, Out./Dez., 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/426/pdf>. Acesso em: 8 set. 2013.

CARDOSO, S.R.; PEREIRA, L.S.; SOUZA, A.C.S.; TIPPLE, A.F.V.; PEREIRA, M.S.; JUNQUEIRA, A.L.N. Antissepsia para administração de medicamentos por via endovenosa e intramuscular. **Rev eletrônica enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 75-82, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/940>. Acesso em: 4 set. 2013.

CARDOSO, J.M.R.M.; RODRIGUES, E.C.; RODRIGUES, B.M.R.D. Escolha de veias periféricas para terapia intravenosa em recém-nascidos pela equipe de enfermagem. **Rev rene. Fortaleza**, v. 12, n. 2, p. 365-373, Abr./Jun., 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/167>. Acesso em: 7 set. 2014.

CARDOSO, G.B.; SILVA, A.L.A. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-455, Jul./Set., 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=570272&indexSearch=ID> Acesso em: 16 mar. 2014.

CARLOTTI, A.P.C.P. Acesso vascular. **Rev medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 2, p. 08-14, 2012. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista>. Acesso em 5 mai. 2013.

CARMO, C.M.A.; OLIVEIRA, E.M.; PONTES, K.A.E.S.; MARTINS, T.B.B.; CABRA, T.C.L.G. Procedimentos de enfermagem em UTI neonatal. In: MOREIRA, M.E.L.; LOPES, J.M.A.; CARVALHO, M. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CGTRBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA67&dq=Procedimentos+de+enfermagem+em+UTI+neonatal&ots=y15JmEu1fm&sig=eZ7CNNp5wY2mgfnBYrYfz1X2uO8#v=onepage&q=Procedimentos%20de%20enfermagem%20em%20UTI%20neonatal&f=false>. Acesso em: 1 jul. 2013.

CATRIB, P.R.V.M.; OLIVEIRA, I.C.S. Cuidados prestados às crianças com doenças infecciosas e parasitárias: estratégias da equipe de enfermagem. **Rev. rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 133-143, Jan./Mar., 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/356/pdf>. Acesso em: 17 set. 2014.

CHIAPINI, M.G. **Efeitos do posicionamento prono na função respiratória de recém-nascidos pré – termo - uma revisão bibliográfica**. Dissertação (Mestrado profissionalizante em Terapia Intensiva) – Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/316>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CHRISTOFFEL, M. M. **Tecnologias do cuidado de enfermagem neonatal: a dor e o estresse do recém-nascido durante procedimentos dolorosos**. In: VI Congresso Brasileiro de

Enfermagem Obstétrica e Neonatal: Qualificação da atenção e dos recursos humanos de enfermagem em saúde da mulher e do recém-nascido, Teresina, 2009. Disponível em: <http://abenfopi.com.br/vicobeon/MREDONDAS/mc.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

COELHO, E.A.C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.58, n.3, May./June., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300018&script=sci_arttext. Acesso em: 17 set. 2014.

COFEN. Resolução COFEn 258/2001. **Inserção de Cateter Periférico Central pelos enfermeiros**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2582001_4296.html. Acesso em: 14 jun. 2015.

COSTA, P.; KIMURA, A.F.; VIZZOTTO, M.O.S.; CASTRO, T.E.; et al. Prevalência e motivos de remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n.3, p. 126, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n3/17.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.1, p. 199-204, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a28v44n1.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

CRESWELL, J. L. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. por Luciana de Oliveira rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, p.197. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=695513&indexSearch=ID>. Acesso em: 23 set. 2013.

CRUVINEL, F. G; PAULETTI, C. M. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 102 –125, 2009. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?q=Formas+de+atendimento+humanizado+ao+rec%C3%A9m-nascido+pr%C3%A9-termo+ou+de+baixo+peso+na+Unidade+de+Terapia+Intensiva+Neonatal%3A+uma+revis%C3%A3o&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_vis=1 Acesso em: 16 jun. 2014.

DIAZ, C.M.G.; SPERONI, K.; ALMEIDA, S.L.M.; MORRISSE, T.S. **A tecnologia leve aplicada em UTI neonatal: fundamento do cuidar em enfermagem**. 2011. Disponível em: www.unifra.br/eventos/enfermagem2011/Trabalhos/475.pdf. Acesso em: 7 abr 2015.

DÓREA, E.; CASTRO, T.E.; COSTA, P.; KIMURA, A.F.; SANTOS, F.M.G. Práticas de manejo do cateter central de inserção periférica em uma unidade neonatal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, Dez., 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=25910&indexSearch=ID>. Acesso em: 3 fev. 2014.

DÓRIA, M.T.; SPAUTZ, C.C. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. **Femina**, v. 39, n. 9, Set., 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=641392&indexSearch=ID>. Acesso em: 6 mar. 2014.

DUARTE, A.P.P.; ELLENZOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 521-526, Out./Dez., 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=482257&indexSearch=ID>. Acesso em: 5 abr. 2015.

FARIAS, L.M., CARDOSO, M.V.L.M.L.; OLIVEIRA, M.M.C., MELO, G.M.; ALMEIDA, L.S. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém nascido na unidade neonatal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n.2, p. 37-43, Abr./Jun., 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/371/pdf>. Acesso em: 14 out. 2013.

FARIAS, L.M.; OLIVEIRA, M.M.C.; MELO, G.M.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Cuidado de enfermagem ao recém-nascido em terapia inalatória com óxido nítrico na hipertensão pulmonar persistente. **Rev enferm ufpe on line**, v. 6, n. 8, p. 1933-1939, 2012. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19818963&AN=78581821&h=MIYJNN4Emra7G%2fjUyAIu9mLf1XX2N6vKCOX9fEdjG4VBcwyNYgv2BMYtl0P%2bZtBsN5MtfP0GRfckVakclsRM1g%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d19818963%26AN%3d78581821>. Acesso em: 15 jan. 2015.

FERREIRA, T. H.; SAMPAIO, C. C. **Pedagogia hospitalar**: uma observação não-participante em classe seriada do Hospital Santo Antonio - BA. In: Anais da 57ª Reunião Anual da SBPC. Fortaleza, 2005. Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/SENIOR/RESUMOS/resumo_808.html. Acesso em: 1 jul. 2015.

FERREIRA, F. L. C.; SILVA, G. F.; FONSECA, P. M. L.; CHRISTOFFEL, M. M. Terapia intravenosa em neonatologia e na pediatria: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, UNIRIO, v. 2 (Ed. Supl.), p. 125-129, 2010.

Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/838>. Acesso em: 02 abr. 2015.

FIALHO, F.A. **Arte de cuidar em enfermagem**: tecnologias aplicadas no cuidado neonatal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

Disponível em:

<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-FI%C3%A1via-Andrade-Fialho.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2014

FILHO, G.A. **Punção venosa periférica**. Disciplina de Introdução à Prática Médica, PUCPR, 2013. Acesso em: 15 jan. 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan., 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em: 5 set. 2014.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; ARAÚJO, A. D. de; LIRA, A. L. B. C. Implementação do processo de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise. **J Nurs UFPE on line**, v.7, n. esp, p. 824-830, 2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/3335/pdf_2349. Acesso em: 12 jun. 2015.

FREITAS, E.M.; NUNES, Z.B. O enfermeiro na práxis de cateter central de inserção periférica em neonato. **Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 215-224, Abr./Jun., 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/182>. Acesso em: 14 jan. 2014.

GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n.3. p. 469-476, Mai./Jun., 2004. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1883>. Acesso em: 5 jun. 2014.

GAÍVA, M.A.M.; SOUZA, J.S.; XAVIER, J.S. A segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura. **Rev enferm ufpe on line.**, Recife, v. 7, n. especial, p. 928-936, Mar., 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4013/577>. Acesso em: 5 jun. 2014.

GIL, A. C., LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. dos. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Saúde**, v. 1, n. 2, 2006. Acesso em: 13 mai. 2014.

GODINHO, J.S.L. **A educação permanente em enfermagem na UTI neonatal**: pesquisa exploratória de campo. Dissertação (Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial) -

Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2009. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=25058&indexSearch=ID>. Acesso em: 3 mai. 2015.

GOMES, A.V.O.; NASCIMENTO, M. A. L.; CHRISTOFFEL, M. M.; ANTUNES, J. P.; ARAÚJO, M. C.; CARDIM, M. G. A atuação do enfermeiro frente aos sentimentos e atitudes das crianças hospitalizadas submetidas à punção venosa periférica. **Rev enferm UFPE on line**, v. 4, n. 1, p. 371-376, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=18807&indexSearch=ID>. Acesso em: 16 jun. 2014.

GOMES, A.V.O.; NASCIMENTO, M.A.L.; CHRISTOFFEL, M.M.; ANTUNES, J.C.P.; ARAÚJO, M.C.; CARDIM, M.G. Punção venosa pediátrica: uma análise crítica a partir da experiência do cuidar em enfermagem. **Enfermería global**, n.23, 2011. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/131991/122411>. Acesso em: 7 abr. 2015.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n. 4, p. 608-615, Jul./Ago., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400017. Acesso em 2 jul. 2015.

GOMES, A. C. R.; SILVA, C. A. G.; GAMARRA, C. J.; FARIA, J. C. O.; AVELAR, A. F. M.; RODRIGUES, E. C. Avaliação da ocorrência de flebite, infiltração e extravasamento em neonatos submetidos à terapia intravenosa. **Esc Anna Nery**, v.15, n.3, p.472-479, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a05v15n3.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

GONÇALVES, A.S.L.; HERTEL, V.L. Educação permanente na UTI Neonatal: percepções do técnico de enfermagem. **Reenvap**, v.1, n.5, 2013. Disponível em: <http://www.fatea.br/seer/index.php/reenvap/article/viewArticle/1134>. Acesso em: 2 abr. 2015.

GOULART, D.R.; ASSIS, E.A.; SOUZA, M.T. Avaliação microbiológica da antisepsia pré-operatória das mãos. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.**, v.11, n.3, Jul./Sep., 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180852102011000300016&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2015.

GOUVÊA, C.S.D.; TRAVASSOS, C. **Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos**: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.6, Jun., 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=552362&indexSearch=ID>. Acesso em: 7 set. 2014.

GUDOLLE, L. S.; ANTONELLO, C. S.; FLASH, L. A aprendizagem situada, participação e legitimidade nas práticas de trabalho. **Rev adm mackenzie**, São Paulo, v.13, n.1, p.14-39, Jan./Fev., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ram/v13n1/a02v13n1.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

GUIMARÃES, E.C.; MELO, E.C.P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, Jan./Mar., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 7 set. 2014.

GUINSBURG, R.; CUENCA, M.C. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Sociedade brasileira de pediatria, 2010. Disponível em: http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf. Acesso em: 4 abr. 2014.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G. Terapia intravenosa e infusões. São Caetano do Sul/ SP: **Yendis**, 2011. Acesso em: out. 2014.

JESUS, M. S.; SAID, F.A. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n.3, p. 410-421, Jul./Set., 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/12996>. Acesso em: 2 jul. 2015.

KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.1, p.45-51, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a06.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2015.

KUREBAYASHI, L. F. S.; MECONE, M. C. C.; MATOS, F. G. O. A.; MENDOZA, I. Y.; MONTEIRO, B. A.; PINHO, P. G.; SANTOS, A. M.; MANOEL; J. A. G.; FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. Propostas de emendas à lei nº 7498/86, do exercício profissional de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, v.12, n.4, p. 573-579, Out./Dez., 2008. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/303>. Acesso em: 17 jun. 2015.

LÉLIS, A.L.P.A.; MACHADO, M.F.A.S.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.10, n.4, p.60-69, Out./Dez., 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/handle/123456789/4722>. Acesso em: 12 mar. 2015.

LIENEMANN, M.; TAKAHASHI, L. S.; SANTOS, R. P. Acesso vascular em neonatologia: cateter central de inserção periférica e cateter venoso periférico. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, v.

16, n. 1, p. 1-3, 2014. Disponível em:
<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/17473>. Acesso em: 12 jul. 2015.

LIMA, A. C. **Complicações relacionadas à terapia intravenosa periférica em adultos cardiopatas internados**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2013. Disponível em:
<https://sistemas.ufms.br/sigpos/portal/trabalhos/download/873/cursoId:89>. Acesso em: 02 abr. 2015.

LOUREIRO, A.A.F.; PATRÍCIO, R.A.; REIS, A.T.; VARGAS, E.B. **A produção científica da enfermagem sobre a punção venosa na pediatria: um estudo bibliográfico**. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem – Transformação social e sustentabilidade ambiental, Fortaleza, 2009. Disponível em:
http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00888.pdf. Acesso em: 21 out. 2013.

LOURENÇO, S. A.; OHARA, C. V. S. Conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica de inserção do cateter central de inserção periférica em recém nascidos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n.2, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_08.pdf. Acesso em: 17 jun. 2015.

MACEDO, T. R.; GUIMARÃES, G. P. Percepções das enfermeiras neonatologistas sobre as causas da retirada do cateter central de inserção periférica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1408-1417, 2015. Disponível em:
<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/859>. Acesso em: 13 jun. 2015.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, Jan./Fev., 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf. Acesso em: 12 jun. 2015.

MAGALHÃES, F.J.; LIMA, F. E. T.; ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; SCHERLOCK, M. S. M.; ALBUQUERQUE, N. L. S. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, p.136-143, Jan./Mar., 2011. Disponível em:
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/135>. Acesso em: 02 abr. 2015.

MAGESTI, B.N.; SILVA, G.C.L.; SILVA, R.W.P.; MACHADO, M.E.D.; CHRISTOFFEL, M.M. **A produção do conhecimento sobre o recém-nascido: uma contribuição da enfermagem**. In: Encontro Norte-nordeste de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. Fortaleza, 2012. Disponível em:

<http://www.abenfoce.org.br/sites/default/files/A%20PRODU%C3%87%C3%83O%20DO%20CONHECIMENTO%20SOBRE%20O%20REC%C3%89M-NASCIDO%20UMA%20CONTRI.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MARTINS, T. S. S.; SILVINO, Z. R.; SILVA, L. R.; REIS, F. F.; SOUSA, D. G. Medicamentos utilizados na terapia intravenosa pediátrica: um estudo sobre combinações potencialmente interativas. **Rev Rene**, v.13, n.1, p.11-18, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/11>. Acesso em: 18 ago. 2013.

MATIJASEVICH, Al.; SILVEIRA, M. F. da; MATOS, A. C. G.; NETO, D. R.; FERNANDES, R. M.; MARANHÃO, A. G.; CORTEZ-ESCALANTE. J. J.; BARROS, F. C.; VICTORA, C.G. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22, n.4, p.557-564, Out./Dez., 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a02.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.

MELO, E.M.; ARAGÃO. A.L.; PESSOA, C.M.P.; LIMA, F.E.T.; BARBOSA, I.V.; STUDART, R.M.B. Cuidados dispensados pela equipe de enfermagem durante o procedimento de punção venosa periférica. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n.3, p.1022-1030, Mar., 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6906/118>. Acesso em: 15 mai. 2015.

MELO, W.A.; MARCO, S.S.; UCHIMURA, T.T. A Hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. **Rev Enferm UERJ**, v.18, n.4, p.565-571, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=583575&indexSearch=ID>. Acesso em: 7 set. 2014.

MENEZES, S.O.; GOMES, M.A.S.M.; FILHO, F.L. Manejo do acesso vascular em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer em unidades públicas neonatais do município do Rio de Janeiro. **Rev Pesq Saúde**, v.14, n.1, p.11-15, 2013. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1717>. Acesso em: 4 mar. 2015.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/Erika%20Sena/Downloads/40789-48602-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Erika%20Sena/Downloads/40789-48602-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 18 jun. 2015.

MINGORANCE, P. **Complicações relacionadas ao uso do cateter intravenoso periférico em neonatos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/handle/1884/34784>. Acesso em: 17 abr. 2014.

MODES, P.S.S.A.; GAÍVA, M.A.M.; ROSA, M.K.O.; GRANJEIRO, C.F. Cuidados de Enfermagem nas complicações da punção venosa periférica em recém-nascidos. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p.324-332, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/160>. Acesso em: 15 out. 2014.

MOREIRA, J.P.; GAIA, J.T. O olhar da enfermeira na terapia intensiva pediátrica e neonatal nos cuidados com as lesões cutâneas em recém nascidos. **Rev de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial**, 2011. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=view&path%5B%5D=837&path%5B%5D=618>. Acesso em: 4 mar. 2014.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. de A.; CARVALHO, M. **O recém nascido de alto risco: teoria e prática no cuidar**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2004. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wcgvd>. Acesso em: 17 abr. 2014.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. **Profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Acesso em: 2 dez. 2014.

MURASSAKI, A. C. Y.; VERSA, G. L. G. S.; JUNIOR, J. A. B.; MEIRELES, V. C.; VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.11-16, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/02.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2015.

NASCIMENTO, L. **Comunicação de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal: decodificação por enfermeiros**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Acesso em: 14 abr. 2015.

NASCIMENTO, M.A.L.; ALMEIDA, M.F.P.V.; PORTO, F.; CARDOSO, T.C.S.F. Puncionando a veia bailarina. **Rev. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.1, n.0, p.25-32, 2001. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf- revista/vol1-n0/v.1_n.0-art2.refl-puncionando-a-veia-bailarina.pdf. Acesso em: 2 ab. 2015.

NASCIMENTO, E.R.P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): Teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-am Enfermagem**,

v.12, n.2, p.250-257, Mar./Abr., 2004. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf. Acesso em: 14 fev. 2013.

NEGRI, D.C.; AVELAR, A.F.M.; ANDREONI, S.; PEDREIRA, M.L.G. Fatores predisponentes para insucesso da punção intravenosa periférica em crianças. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 6, p.8, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_09.pdf. Acesso em: 4 abr. 2014.

NIETSCHÉ, E.A. N.; LIMA, M.G.R.; RODRIGUES, M.G.S.; TEIXEIRA, J.A.; OLIVEIRA, B.N.B.; MOTTA, C.A.; GRIBLER, C.S.; GRIBLER, V.M.; LUCAS, D.D.I.; FARIAS, M.K.F. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.1, p.182-189, Jan./Abr., 2012. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3591/3144>. Acesso em: 29 mai. 2015.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/O_exerc%C3%ADcio_da_enfermagem.html?hl=pt-BR&id=0J6oAAAACAAJ. Acesso em: 11 mai. 2014.

OLIVEIRA, M.M.C.; BARBOSA, A.L.; GALVÃO, M.T.G.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.10, n.3, p.44-52, Jul./Set., 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/516>. Acesso em: 01 mar. 2015.

OLIVEIRA, M.I.V.; BEZERRA, M.G.A.; PEREIRA, V.R. Cateterização venosa: assistência de enfermagem-uti pediátrica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.9, n.2, p.90-97, Abr./Jun., 2008. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/563>. Acesso em: 3 abr. 2015.

OLIVEIRA, N. C.; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene**, v. 10, n. 4, p. 19-27, Out./dez., 2009. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a02v10n4.htm. Acesso em: 12 jun. 2015.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M.; PEDREIRA, M. L. G. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.1, Jan./Mar., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=pt. Acesso em: 12 jun. 2015.

OLIVEIRA, L.L.; SANINO, G.E.C. A humanização da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal: concepção, aplicabilidade e interferência na assistência humanizada. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.75-83, 2011. Disponível em:

<http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/humanizacao%20da%20equipe%20de%20enfermagem.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2103.

OLIVEIRA, R. M.; SILVA, A. P. A. D.; SILVA, A. V. S.; CHAVES, E. M. C.; SILVA, L. M. S.; BEZERRA, S. C. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.15, n.2, p.277-283, Abr./Jun., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a09>. Acesso em: 13 jun. 2015.

PACHECO, S. T. A.; SILVA, A. M.; LIOI, A.; RODRIGUES, T. A. F. O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.306-311, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/3150>. Acesso em: 02 abr. 2015.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.esp, p.880-881, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2015.

PEDREIRA, M. L. G., CHAUD, M. N. Terapia intravenosa em Pediatria: subsídios para a prática de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 17, n. 2, p. 222-228, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=451457&indexSearch=ID&lang=p>. Acesso em: 12 mai. 2015.

PEREIRA, R.C.C.; ZANETTI, M.L.; RIBEIRO, K.P. Motivos de interrupção da terapia endovenosa relacionada ao tempo de permanência do dispositivo venoso periférico in situ. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.23, n.1, p.70-83, Jan., 2002. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4398/0>. Acesso em: 17 mai. 2015.

PINTO, J.P.; RIBEIRO, C.A.; PETTENDILL, M.M.; BALIEIRO, M.M.F.G. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.63, n.1, Jan./Feb., 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20868&indexSearch=ID>. Acesso em: 11 abr. 2014.

POMBEIRO, P.B. Manutenção de cateteres vasculares periféricos: um desafio para a equipe de Enfermagem. In: MALAGUTTI, W.; ROEHRS, H. **Terapia intravenosa: atualidades**. São Paulo: Martinari, 2012. Acesso em: 17 mai. 2015.

PRZENYCZKA, R. A.; LENARDT, M. H.; MAZZA, V. A.; LACERDA, M. R. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 2, p. 427-431, Abr./Jun., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a22v21n2>. Acesso em: 28 mai. 2015.

PRESBYTERO, R.; COSTA, M. L. V.; SANTOS, R. C. S. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. **Rev. Rene**, v. 11, n. 1, p. 125-132, Jan./Mar., 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/355>. Acesso em: 4 jul. 2015.

REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente**. Manual para o profissional da saúde. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. RS: Polo, 2013. Disponível em: http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf. Acesso em: dez. 2014.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, p. 200-213, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>. Acesso em: 13 mar.2015

RIQUELME, A. P. K. **Percepção de enfermeiros sobre as manifestações de estresse do recém-nascido prematuro**. (Dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/78420>. Acesso em: 4 mai. 2015.

RODRIGUES, O.M.P.R.; BOLSONI-SILVA, A.T. efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum**, v. 21, n.1, p.111-121, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/20000/22086>. Acesso em: 5 dez. 2013.

RODRIGUES, E. C.; CUNHA, S. R.; GOMES, R. “Perdeu a veia”: significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.989-999, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a21.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

RODRIGUES, R.G.; OLIVEIRA; I.C.S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: Perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 6, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 16 jun. 2014.

RODRIGUES, M. C. S.; OLIVEIRA, L. C. Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p.511-519, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11935>. Acesso em: 14 jun. 2015.

ROLIM, K. M.C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 40, n. 4, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400010>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SÁ, J.A.N.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.2, p.372-377, Abr./Jun., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2013.

SANTANA, J.C.B.; CAMPOS, A.C.V.; DUTRA, B.S.; BORGES, C.M.; SOUZA, A.B.; SANTOS, V.H. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. **Rev. Enfermagem**, v.15, n.1, Jan./Abr., 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/download/3272/3652>. Acesso em: 4 jun. 2015.

SANTANA, J.C.B.; RIGUEIRA, A.C.M.; DUTRA, B.S. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. **Rev Bioethikos**, v.4, n.4, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_402-411_.pdf. Acesso em: 3 abr. 2015.

SANTOS, S. V. **Guia para prevenção e tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**. UFSC, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/123319>. Acesso em: 3 abr 2015.

SANTOS, L.M.; SILVA, T.P.C.C.; SANTANA, R.C.B.; MATOS, K.K.C. Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica em prematuros. **Rev Enferm UFSC**, v.2. n.1, Jan./Abr., 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3510>. Acesso em: 2 mai 2015.

SILVA, D.C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 291-298, Jun., 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715310014>. Acesso em: 4 abr. 2015.

SILVA, L.D.; CAMERINI, F.G.; Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p. 633-641, Jul./Set, 2012. Disponível em: http://www.google.com.br/url?url=http://www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3DS0104-07072012000300019%26script%3Dsci_arttext&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=bkB2VayrEbiasQS1yoP4Bg&ved=0CBQQFjAA&sig2=QdfIcm6Yp9mvyQlesSmN1Q&usg=AFQjCNHnG8IPIGANNOJ7bPUXkTVT8XAenEg. Acesso em: 4 abr. 2015.

SILVA, L.D.; TINOCO, F.O. Recomendações para o uso de solução salina 0,9% em cateteres venosos periféricos. **Enfermería global**, n.11, 2007. Disponível:

http://www.google.com.br/url?url=http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/427/513&rc=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=zT92VcvwLM_jsATvIYAw&ved=0CBoQFjAB&sig2=zdJHAHCHjEjWJAW85rqOdw&usg=AFQjCNGP7J3gojuBbgPVeZKhtvaCx_Lr4Q. Acesso em: 7 jun. 2013.

SIMSEN, C.D.; CROSSETTI, M.G.O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.25, n.2, p.231-242, Ago., 2004. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23523>. Acesso em: 3 mai. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA (SBPC). **Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso**. Manole, 2010. Disponível em:

<http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/320090814145042.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2014.

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

<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n2/21.2%20k%E1tia.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2015.

SOUZA, D.A.; OLIVEIRA, M.V. Avaliação do uso de cateteres venosos periféricos em um hospital de médio porte. **Revista eletrônica da fainor**, Vitória da conquista, v.5, n.1, p.149-159, Jan./Dez., 2012. Disponível em:

<http://200.223.150.195/revista/index.php/memorias/article/view/136>. Acesso em: 4 abr. 2015.

STOCCO, J.G.; CROZETA, K.; LABRONIEI, L.M.; MAFTUM, M.A.; MEIER, M.J. Cateter central de inserção periférica: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare enferm.**, v.16, n.1, p.56-62, Jan./Mar., 2011. Disponível em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/21112>. Acesso em: 11 mai. 2015.

TELES, B. S.; SILVA, C. P. S. **Inserção e manutenção de PICC em UTIN: a necessidade de uma assistência de enfermagem peculiar**. 2011. Disponível em:

<http://www.webartigos.com/artigos/insercao-e-manutencao-de-picc-em-utin-a-necessidade-de-uma-assistencia-de-enfermagem-peculiar/57125/>. Acesso em: 10 mai. 2015.

TERRA, A.A.A.; DIAS, I.M.A.V.D.; ARAÚJO, R.C.J.; REIS, V.N. O processo de trabalho da enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**, v. 37, n. 1, p. 55-61, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=602462&indexSearch=ID>.

Acesso em: 14 abr. 2015.

TERTULIANO, A.C.; BORGES, J.L.S.; FORTUNATO, R.A.S.; OLIVEIRA, A.L.; POVEDA, V.B.; Flebite em acessos venosos periféricos de pacientes internados em um hospital do Vale do Paraíba. **Rev. Min. Enferm.**, v.18, n.2, p.334-330, Abr./Jun., 2014. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/931>. Acesso em: out. 2014.

TOLEDO, M.; OLIVEIRA, A.T.G.E.; ROMÃO, A. **Preparo da medicação e punção venosa periférica: avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem e a realização de um trabalho de educação continuada.** Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2008. Disponível em: <http://www.institutounipac.com.br/aulas/2013/2/UBEFM05N1/001192/001/venopuncao.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2014.

TORRES, M. M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C. B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.3, p.299-304, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/2085/2170>. Acesso em: 2 abr. 2015.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; VÁSQUEZ, M. L. A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. **Colomb. Med.**, v.42, n. 2, jun, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342011000500012&script=sci_arttext&tIng=es. Acesso em: 13 mai. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em: <https://www.scribd.com/doc/19148725/7-TRIVINOS-Introducao-a-Pesquisa-Em-Ciencias-Sociais>. Acesso em: 5 jul. 2013.

UFAL. **Plano diretor do hospital universitário Professor Alberto Antunes (2013-2015).** Coordenação de Desenvolvimento Institucional: Maceió, 2012. Disponível em: http://hupaaufal.org/files/portalTransparencia/3_PlanodiretordoHUPAA_final.pdf. Acesso em: 5 jul. 2015.

VALENTE, M.T. **A re-significação do trabalho com grupo na área da saúde presente na prática do Serviço Social Contemporâneo.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/27/TDE-2013-05-02T09:53:09Z-13565/Publico/Mara%20Thereza%20Valente.pdf. Acesso em: 3 abr. 2015.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D.A.M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.2, p.263-270, Abr./Jun., 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/17859>. Acesso em 8 jul.2014.

VETORE, M.V.; DIAS, M.; VETTORE, M.V.; LEA, M.C. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.13, n.2, Abr./Jun., 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000200002>. Acesso em: 24 jun.2014.

VIEIRA, S.B.; ARAUJO, A.J.S. Gênero, precarização e saúde no trabalho hospitalar. In: CARVALHO, M.E.P; PEREIRA, M.Z.C. **Gênero e educação**: múltiplas faces. João pessoa: editora universitária/UFPB, p. 147-172, 2003. Acesso em: 14 abr. 2015.

VIEIRA, G. B.; CAVALCANTE, D. S.; LEON, C. G. R. M. P.; RIBEIRO, L. M.; FONSECA, L. M. M.; MENEZES, K. R. Primeiros passos da educação permanente em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enferm ufpe**, v. 8, n. 4, p. 889-895, Abr., 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Erika%20Sena/Downloads/4162-54482-1-PB.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2015.

VIEIRA, K.B.T.; COSTA, R. **Percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado de terapia intravenosa periférica em uma unidade neonatal**. In: II Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Florianópolis, 2013. Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viii_cobeeon_cd/pdfs/sessao_poster/eixo_4/1174.pdf. Acesso em: 17 set. 2014.

WIELENS, T.N.; SCHMIDT, A.; BRAGAS, L.Z.T.; GARCIA, C.T.F.; TREVISAN, R.O.S. **Cuidado de enfermagem na terapia intravenosa como um Indicador de qualidade**. In: XXII Seminário de Iniciação Científica. UNIJUÍ, 2014. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/viewFile/3450/2851>. Acesso em: 4 mai. 2015.

XAVIER, P.B.; OLIVEIRA, R.C.; ARAUJO, R.S. Punção venosa periférica: complicações locais em pacientes assistidos em um hospital universitário. **Rev Enf, UFPE**, v.5, n.1, p.61-66, Jan./Fev., 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1197/1119>. Acesso em 4 mar. 2014.

ZAMBON, L. S. **Consenso Sobre de Práticas para a Segurança do Paciente**. National Quality Forum EUA, 2010. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2691/consenso_sobre_de_praticas_para_a_seguranca_do_paciente_%E2%80%93_national_quality_forum_eua.htm. Acesso em: 2 jul. 2015.

ZANOLLA, G.R. **Acesso venoso central guiado por ultrassom**. Dissertação (Mestrado em Pediatria e Saúde da Criança) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto

Alegre, 2014. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/6898>. Acesso em: 3 jun. 2015.

APÊNDICE A – Formulário de Entrevista Semiestruturado**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA**

Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970

Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

Data da entrevista: ____/____/____

Número da Entrevista: ____

Turno: () Matutino () Vespertino () Noturno

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Sexo: () F () M

Estado civil: () Casado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () União estável

Cargo que ocupa:

() Enfermeira/o () Técnica/o de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem

Tipo de Vínculo: () Estatutário () Contrato (FUNDEPES)

Tempo de serviço na UTI/UCI Neonatal do HUPAA/UFAL: _____ meses

Onde trabalha: () UTI NEO () UCI NEO () UTI/UCI NEO

Participou de alguma Capacitação para trabalhar neste setor? Não () Sim ()

Se Enfermeiro/a: Possui Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatologia?

() Sim

() Não

() Não se Aplica

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

1. Para você, qual a importância da Enfermagem na Neonatologia?
2. O que você entende por “segurança do paciente”?
3. O que você faz para promovê-la?
4. Você realiza o procedimento de venopunção periférica?
5. O que você entende sobre as indicações para realização da venopunção periférica?
6. Quais as vantagens e as desvantagens encontradas nesta prática?
7. Encontra dificuldades para realizá-la? Se sim, relate-as.
8. Na presença destas dificuldades, qual a sua conduta?
9. A técnica que você emprega é baseada em alguma orientação/fundamentação? Qual?
10. Como você realiza esta prática?
11. O que você entende sobre o preparo do recém-nascido(RN) para “procedimentos dolorosos”?
12. Quando irá realizar uma venopunção periférica, você se preocupa em realizar o preparo do RN?
13. Como você o realiza?
14. Você atenta para as manifestações do RN durante a realização da venopunção?
15. Diante das mesmas, qual a sua conduta?
16. Após a venopunção, você oferece algum cuidado ao RN?
17. O que você entende sobre “complicações de uma venopunção”? Pode citar exemplos?
18. Qual a sua conduta, frente às mesmas?
19. O que você faz para preveni-las?
20. Você está satisfeita/o com a sua prática, durante a venopunção, ou julga necessário aperfeiçoá-la?

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** VENOPUNÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: DESAFIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE**Pesquisador:** ERIKA MARIA ARAÚJO BARBOSA DE SENA**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 30170514.3.0000.5013**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 008.622**Data da Relatoria:** 09/05/2014**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório, com desenho qualitativo, a ser realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL), Maceió/AL, acerca do cuidado de enfermagem diante da especificidade do recém-nascido prematuro e a necessidade da venopunção periférica, com vistas à segurança do paciente. A população será composta pela equipe de enfermagem da referida Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os dados serão colhidos diretamente com os profissionais da tal equipe de enfermagem e complementados pelo prontuário do recém-nascido e pela observação estruturada.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

- Analisar a prática do cuidado de enfermagem com a venopunção periférica em recém-nascidos prematuros.

Objetivo Secundário:

a) Caracterizar o procedimento de venopunção periférica em recém-nascidos prematuros, enquanto prática de cuidado pela equipe de enfermagem; b) Descrever o conhecimento dos profissionais acerca das complicações decorrentes desta prática, assim como das medidas de

Continuação do Parecer: 035/032

prevenção e tratamento das mesmas;c) Relacionar a atenção voltada pelo profissional às manifestações do RN, antes, durante e após o procedimento, na perspectiva da segurança do paciente;d) Investigar o uso de medidas de promoção do conforto e minimização da dor relacionadas à venopunção periférica em RN prematuros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora aponta como possíveis riscos: a) A entrevista poderá resultar em desconforto por parte do profissional participante do estudo, haja vista que se trata de colega de trabalho da pesquisadora; b)No ato da entrevista, pode-se citar a possibilidade dos seguintes incômodos: desconforto; pressa ao falar sobre o tema, em decorrência das atribuições; cansaço; irritação. As dificuldades acima poderão ser contornadas pela própria pesquisadora, esforçando-se no estabelecimento do vínculo e conquista da confiança da equipe, evidenciando a confidencialidade das informações a serem coletadas, assim como reforçando que a aplicação da entrevista acontecerá de forma individual e em locais reservados.

Quanto aos benefícios, aponta-se que os resultados poderão auxiliar os profissionais a identificar as estratégias para o melhor manejo do recém nascido prematuro no que diz respeito à punção venosa. Considera-se adequada a relação entre riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Creio que se trata de uma pesquisa de interesse local, que pode melhor adequar as práticas de Enfermagem da HUPAA no que diz respeito à punção venosa periférica de recém nascidos prematuros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo atende as recomendações éticas da Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer 058/2014

Considerações Finais a critério do CEP:

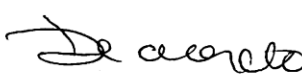

MACEIO, 08 de Abril de 2014

Assinado por:
Deise Juliana Francisco
(Coordenador)

ANEXO B – Autorização Institucional

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

— IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO —

NOME DO ORIENTADOR / PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ingrid Martins Leite Lúcio
CONTATO (TELEFONE / E-MAIL): 99511403/ ingrid_lucio@yahoo.com.br
NOME DO ESTUDANTE: Erika Maria Araujo Barbosa de Sena
CONTATO (TELEFONE / E-MAIL): 9953-6103/ erikasenaenf@gmail.com
NOME DA PESQUISA: Venopunção periférica em recém-nascidos prematuros: desafios para o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente.
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Enfermagem Neonatal
TEMPO PREVISTO DE EXECUÇÃO: 11 meses
OBJETIVO DO PROJETO: Geral: Analisar a prática do cuidado de enfermagem com a venopunção periférica em recém-nascidos prematuros. Específicos: caracterizar o procedimento de venopunção periférica em recém-nascidos prematuros, segundo a prática do cuidado pela equipe de enfermagem; descrever o conhecimento dos profissionais acerca das complicações decorrentes desta prática e medidas de prevenção e tratamento das mesmas; relacionar a atenção do profissional às manifestações do RN, antes, durante e após o procedimento, na perspectiva da segurança do paciente; investigar o uso de medidas de promoção do conforto e minimização da dor relacionadas à venopunção periférica em RN's prematuros.
JUSTIFICATIVA: Em detrimento das condições anátomo-fisiológicas dos recém-nascidos, o referido procedimento, por vezes, tem sua eficácia prejudicada, de modo que se faz necessária a realização de nova venopunção, expondo o recém-nascido a repetidos estímulos dolorosos. Além disso, há de se mencionar a importância dos cuidados de enfermagem a serem ofertados antes, durante e após o procedimento, levando-se em consideração as prováveis complicações que dele podem decorrer. Diante das recomendações acerca dos cuidados a serem ofertados antes, durante e após a realização de acesso venoso periférico, por parte da equipe de enfermagem, o presente estudo se propõe a demonstrar a conduta adotada por tais profissionais, no que concerne à esta temática. As implicações deste estudo para a área da saúde estão voltadas no sentido de ampliar a dimensão da prática de enfermagem, seja no nível acadêmico, seja no assistencial, onde a alta demanda de atribuições e a deficiência em recursos humanos contribuem para que os profissionais, muitas vezes, priorizem o cumprimento de atividades, em detrimento de sua qualidade.
ORÇAMENTO IDENTIFICANDO FONTE FINANCIADORA: Recursos próprios.
PARECER DA DIREÇÃO DO HU:  


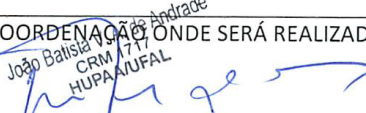
Assinatura da Direção
Direção de Ensino
Data: 03/04/2014

Direção de Ensino
Av. Lourival Melo Mota, S/N - Tabuleiro do Martins - 57072-900 - Maceió/Alagoas
Telefone: 82 XX 322-2605 - Fax: 82XX 322-2494 E-mail: dir_ensino@hu.ufal.br - Home Page: www.hu.ufal.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

— PROTOCOLO DE PESQUISA —

Nº PROTOCOLO: 017
APROVAÇÃO DO ORIENTADOR:  Profª Drª Ingrid Martins L. Lúcio SIAPE 1466486 Vice-Coordenadora do PPGENF EENFAR/UFAL
APROVAÇÃO DO CO-ORIENTADOR:
APROVAÇÃO DA COORDENAÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO(A) A PESQUISA:  João Batista de Andrade CRM 1717 HUPA/UFAL
PARECER DO DIRETOR DE ENSINO: De acordo


Assinatura do Diretor

Data: 03/04/2014



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA NO HUPAA/UFAL

Autorizo ao (a) pesquisador (a) ROSANA MARFA DRAUJO BARROSA DE SILVA a ter acesso ao Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas HUPAA/UFAL), objetivando a realização do trabalho de pesquisa, com título VENOFUNÇÃO PERIFÉRICA EM RIN PRENATAIS: DESFEITOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM (projeto de A SEGURANÇA DO PACIENTE anexado, entregue em forma digital e cadastrada na direção de ensino), para fins DISSERTAÇÃO/MESTRADO devendo o(a) mesmo(a) seguir os preceitos de pesquisa, conforme o que estabelece a Resolução CNS 196/96, itens III.1 "a" e IV.1."g", a Constituição Federal Brasileira (1988) art. 5º, Incisos X e XIV; o Código Civil Brasileiro arts.20 – 21, o Código Penal Brasileiro arts. 153-154, o Código de Processo Civil arts. 347, 363 e 406, o Código de Defesa do Consumidor arts. 43-44, a Resolução da ANS (Lei nº 9961 de 28/01/2000), a Resolução Normativa nº 21, o Código de Ética Médica – CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108, a Resolução do CFM nº 1605/2000, 1638/ 2002 e 1642/2002 e o Parecer CFM nº 08/2005. Só sendo permitido a divulgação dos resultados, preservando a identidade do paciente, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo, relacionado a pesquisa.

Maceió, 03 de abril de 2014.

Rosana Marfa Draujo Barrosa de Silva
 Aluno(a)

Fernando Antônio M. Guimarães
 Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão/HUPAA/UFAL

Engenheira
 Orientador(a)
 Prof.ª Ingrid Martins L. Lúcio
 SIAPE 1466486
 Vice-Coordenadora do PPGENF
 ESENFAR/UFAL

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA**

Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970

Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 466/12-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“Venopunção periférica em recém-nascidos prematuros: desafios para o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente”**, recebi da Sr^a **Erika Maria Araujo Barbosa de Sena**, pesquisadora responsável, matriculada no Curso de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado) da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, sob a orientação da **Prof^a. Dr^a Ingrid Martins Leite Lúcio**, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que este projeto é desenvolvido junto ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Alagoas.

- Que o estudo tem como finalidade avaliar o processo de cuidados adotado pela equipe de enfermagem no procedimento de venopunção periférica em recém-nascido prematuro.
- Que, após autorização da pesquisa pela Direção de Ensino do HUPAA/UFAL e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora entrará em contato, pessoalmente, com os profissionais da UTIN do referido Hospital, para então realizar o convite para participação da pesquisa, esclarecendo-lhes quaisquer dúvidas. Desta forma, será entregue este T.C.L.E, que deverá ser lido e assinado em duas vias, ficando uma via com as responsáveis pelo estudo e outra com o profissional participante da pesquisa.
- Que, após eu ter aceito o convite, a pesquisadora responsável comigo agendará o dia do (s) encontro (s), ajustando os seus horários conforme a minha escala de atividades. Poderão ser necessários encontros adicionais, seja por meu interesse, em detrimento de possível demanda excessiva no setor, o que implicaria no comprometimento da qualidade da assistência; seja por necessidade da pesquisadora, no sentido de atender à amostra pré-determinada em seu Projeto de Pesquisa. Caso eu apresente qualquer adversidade à continuidade da coleta, a pesquisadora respeitará a minha solicitação e, conseqüentemente, a minha autonomia em escolher o momento ideal para a execução do processo.
- Que a coleta de dados será realizada através de formulários de entrevista gravada e de observação, sendo este último preenchido durante observação do procedimento de venopunção periférica.
- Que durante todo o desenvolvimento da pesquisa estão garantidos os direitos à privacidade, anonimato e sigilo no que se refere aos dados coletados.
- Que receberei uma cópia deste termo, com os números de telefone e e-mail do pesquisador principal, para que possa a qualquer momento esclarecer dúvidas a respeito do projeto.
- Que a minha participação é voluntária e, por isso, você tem o direito de recusar a sua participação, assim como tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo.
- Que os resultados, positivos ou não, serão publicados em revistas científicas.
- Que eu participarei das seguintes etapas: Serei entrevistado (a), pela pesquisadora, de tal forma que serão gravados os meus comentários em aparelho do tipo MP4. Depois,

os dados gravados serão transcritos em papel e, posteriormente, a mim apresentados, para que eu possa afirmar se o que eu relatei coincide com o que está escrito. Havendo a veracidade nas informações, eu autorizo a utilização das mesmas para esta pesquisa.

- Serei observado (a), enquanto efetuado venopunção periférica em recém-nascido prematuro da UTI Neonatal do HUPAA/UFAL. Neste momento, a pesquisadora preencherá um formulário, com dados objetivos, levantados durante a observação. Ou seja, será registrado o que foi observado durante o procedimento, sem que se estabeleça qualquer tipo de comunicação entre as partes (profissional executante e pesquisadora).
- Que não se conhece outro meio de obter os mesmos resultados desse estudo que não seja através de tal abordagem.
- Que as limitações que poderei apresentar durante a minha participação são as seguintes: sensação de desconforto, ao ser observado e ao falar sobre o tema; sensação de incômodo, se verificado o insucesso do procedimento; perda do tempo livre.
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: posso me sentir cansado(a), emocionado (a) ou ficar irritado(a).
- Que deverei contar com a seguinte assistência: as pesquisadoras estarão comigo o tempo todo durante a entrevista. Vão me ouvir com paciência e se eu ficar irritado(a), elas vão parar a entrevista. Vão respeitar o meu momento e se for necessário irão marcar outro encontro, dando-me o tempo necessário para que eu queira continuar.
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são: contribuir com a produção científica acerca de uma temática com a qual lido rotineiramente, em minhas atividades laborais; colaborar com o desenvolvimento de uma análise crítica acerca da qualidade da assistência que tem sido prestada ao neonato, enquanto se encontra sob cuidados intensivos.
- Que, sempre que eu desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre qualquer etapa da pesquisa.
- Que eu nada pagarei e nada receberei para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras e à contextualização da assistência que tem sido prestada ao recém-nascido.
- Que eu serei indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer em decorrência de minha participação na pesquisa.

- Que o estudo se destina a analisar a atenção à saúde da criança na educação infantil a partir de práticas de cuidado realizadas pelos educadores.
- Que a importância deste estudo é a de contribuir para a reflexão sobre o cuidado integral à saúde da criança frente ao processo de trabalho da educação em parceria com a saúde, com vistas a subsidiar propostas de intervenção a partir de ações intersetoriais.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO (A) OU OBRIGADO (A).

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Endereços dos Responsáveis pela Pesquisa:

Rua: Av. Lourival Melo Mota, s/n

Complemento: Campus A.C. Simões - BR 104 – Norte Km 97.

Bairro: Tabuleiro do Martins

CEP: 57072-970

Assinatura do Pesquisador responsável

Assinatura do Docente responsável

Assinatura do voluntário (a)
(rubricar as demais folhas do T.C.L.E.)