

A ADEÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA UTI NEONATAL FRENTE AO PROTOCOLO DE MÍNIMO MANUSEIO**THE ADHERENCE OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM OF A NEONATAL ICU TO THE MINIMUM HANDLING PROTOCOL****LA ADHESIÓN DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL DE UNA UCI NEONATAL AL PROTOCOLO DE MANEJO MÍNIMO****¹Bárbara Abrão de Lima****²Talita Nunes dos Santos****³Danielle Bonotto Cabral Reis**

¹Enfermeira, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6421-3281>

²Enfermeira, Mestre, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4811-1277>

³Enfermeira, Doutora, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0180-082X>

Autor correspondente**Bárbara Abrão de Lima**

Rua Gregório de Castro Morais, 375, Jardim Guanabara, Rio de Janeiro/RJ - Brasil. CEP: 21.931-350 - contato: +55 (21)97658-6339

E-mail: lima.a_barbara@hotmail.com

Submissão: 13-12-2024**Aprovado:** 30-07-2025**RESUMO**

Objetivos: Verificar a adesão da equipe multiprofissional frente ao Protocolo de mínimo manuseio da unidade neonatal de um hospital público no município do Rio de Janeiro; identificar a rotina de cuidados voltada para os pacientes inseridos no protocolo do mínimo manuseio da unidade neonatal; descrever os fatores que favorecem ou não a efetiva adesão do protocolo de mínimo manuseio pela equipe multiprofissional da UTIN. **Metodologia:** Estudo observacional, com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A coleta de dados para este estudo foi realizada em dois momentos. Primeiro foi observada a rotina de cuidados empregada aos recém-nascidos internados na unidade neonatal e incluídos no protocolo de mínimo manuseio. Após, foi aplicado um questionário aos profissionais de saúde que prestam assistência direta aos recém-nascidos. **Resultados:** Todos os entrevistados possuíam algum nível de conhecimento sobre o protocolo. A maioria dos entrevistados considerava o protocolo importante para o recém-nascido devido a sua condição clínica e a comunicação foi considerada fundamental na aplicabilidade do protocolo. Foi observado que o agrupamento de cuidados não ocorria com frequência e os pacientes inseridos no protocolo eram manipulados inúmeras vezes. **Considerações finais:** Diante do que foi exposto, observa-se que a equipe possuía conhecimento do Protocolo de Mínimo Manuseio, porém é preciso modificar a maneira de intervir para garantir uma assistência mais qualificada.

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

ABSTRACT

Objectives: To assess the adherence of the multidisciplinary team to the minimal handling protocol of the neonatal unit of a public hospital in the city of Rio de Janeiro; to identify the routine care provided to patients included in the minimal handling protocol of the neonatal unit; to describe the factors that favor or not the effective adherence of the minimal handling protocol by the multidisciplinary team of the NICU. **Methodology:** Observational study, with a qualitative approach, of the descriptive and exploratory type. Data collection for this study was carried out in two stages. First, the routine care provided to newborns admitted to the neonatal unit and included in the minimal handling protocol was observed. Afterwards, a questionnaire was applied to the health professionals who provide direct care to newborns. **Results:** All interviewees had some level of knowledge about the protocol. Most interviewees considered the protocol important for the newborn due to their clinical condition and communication was considered fundamental in the applicability of the protocol. It was observed that grouping of care did not occur frequently and patients included in the protocol were handled numerous times. **Final considerations:** Given the above, it is clear that the team was aware of the Minimum Handling Protocol, but it is necessary to change the way they intervene to ensure more qualified assistance.

Keywords: Infant, Premature; Patient Care Team; Intensive Care Units, Neonatal; Critical Care.

RESUMEN

Objetivos: Verificar la adherencia del equipo multidisciplinario al Protocolo Mínimo de Manejo de la unidad neonatal de un hospital público de la ciudad de Río de Janeiro; identificar la rutina de atención dirigida a los pacientes incluidos en el protocolo mínimo de manejo de la unidad neonatal; describir los factores que favorecen o no la adherencia efectiva al protocolo de manejo mínimo por parte del equipo multidisciplinario de la UCIN. **Metodología:** Estudio observacional, con enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio. La recolección de datos para este estudio se realizó en dos momentos. En primer lugar, se observó la rutina de cuidados utilizada para los recién nacidos ingresados en la unidad neonatal e incluida en el protocolo mínimo de manejo. Posteriormente se aplicó un cuestionario a los profesionales de la salud que brindan atención directa a los recién nacidos. **Resultados:** Todos los entrevistados tenían algún nivel de conocimiento sobre el protocolo. La mayoría de los entrevistados consideró importante el protocolo para el recién nacido debido a su condición clínica y la comunicación fue considerada fundamental en la aplicabilidad del protocolo. Se observó que la agrupación de cuidados no ocurría con frecuencia y los pacientes incluidos en el protocolo eran manipulados numerosas veces. **Consideraciones finales:** De lo anterior se desprende que el equipo tenía conocimiento del Protocolo Mínimo de Manejo, pero es necesario modificar la forma de intervenir para garantizar una asistencia más calificada.

Palabras clave: Recien Nacido Prematuro; Grupo de Atención al Paciente; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Cuidados Críticos.



INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê é um momento de grande expectativa e que envolve questões emocionais e fisiológicas tanto para a mãe quanto para o bebê ⁽¹⁾.

As mudanças fisiológicas que ocorrem são vitais para adaptação extrauterina, visto que o recém-nascido (RN) sai de um ambiente termoequívoco, acolhedor e com sonoridade própria para um ambiente com a temperatura mais fria, com maior luminosidade e excesso de estímulos ⁽¹⁾.

Frequentemente, o nascimento pode sofrer interferência de questões que causam um parto prematuro como, gestação gemelar, amadurecimento cervical, exposição a substâncias tóxicas, dentre outras ⁽²⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o nascimento prematuro é aquele que ocorre antes que a mulher complete 37 semanas de gestação. Quando o parto ocorre antes da 28^o semana gestacional, o RN é considerado prematuro extremo ⁽³⁾.

Quanto menor a idade gestacional, menos desenvolvido é o organismo do recém-nascido pré-termo (RNPT) para sobreviver a vida extrauterina, necessitando de hospitalização independente de morbidade e condições perinatais críticas ⁽⁴⁾.

Separado dos estímulos endógenos que recebeu durante a gestação, o RNPT precisa ser submetido a um ambiente de cuidados intensivos e estímulos que influenciam seu desenvolvimento. Ainda que internado sem complicações, um RN prematuro possui risco de

desenvolver dificuldades na aprendizagem, alterações visuais e auditivas, questões emocionais e comportamentais ⁽⁵⁾.

O sistema nervoso central (SNC) de recém-nascidos prematuros apresenta fragilidades e, portanto, não está preparado para enfrentar um ambiente adverso como a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Então, a presença de ruídos, iluminação intensa, procedimentos e manipulação intensa são fatores prejudiciais para o RN, provocando alterações neurológicas ⁽⁶⁾.

O recém-nascido é admitido na UTIN para receber os cuidados necessários para seu desenvolvimento e, nesse período, a equipe multiprofissional empenha-se para evitar infecções, enfermidades e outros problemas fisiológicos. Nesse momento, é importante a qualidade do cuidado prestado, já que este é um dos fatores que determinam a qualidade da vida desses pacientes ⁽⁷⁾.

Sendo assim, faz-se necessário a aplicabilidade de estratégias, tais como o mínimo manuseio, que viabilizem o sono reparador do RN, visando sobretudo uma assistência segura e de qualidade para estes pacientes ⁽⁸⁾.

O Protocolo de Mínimo Manuseio (PMM) começou a ser implantado nas UTIN ao redor do mundo com o propósito de reduzir o número de manipulações e estímulos ao RN prematuro extremo. Para isso, a manipulação deve ser multiprofissional, reunindo os procedimentos que serão realizados com o objetivo de promover quietude ao RN, sem desconfortos desnecessários, facilitando o sono e



repouso. O PMM é uma técnica barata e que demanda somente a organização da equipe ⁽⁹⁾.

Baseado na relevância dessas ações, muitas UTIN criaram seus Protocolos de Mínimo Manuseio. Ele é indicado para recém-nascidos pré-termo ≤ 32 semanas e/ou ≤ 1500 g e recém-nascidos gravemente enfermos e estabelece como cuidados: posição supina nas primeiras 96 horas (até quarto dia de vida) com cabeça e tronco em linha média; do quinto ao sétimo dia, o tronco pode ser lateralizado com a cabeça acompanhando em linha média; a partir do oitavo dia, o recém-nascido pode ser pronado quando as condições clínicas permitirem; entre outros ⁽¹⁰⁾.

Tais procedimentos devem ser evitados nas primeiras 72 horas de vida, período em que qualquer alteração brusca no fluxo sanguíneo do cérebro em desenvolvimento pode levar ao desenvolvimento da hemorragia intraventricular ⁽¹¹⁾.

Diante disso, a proposta deste estudo foi verificar a adesão ao protocolo pela equipe multiprofissional de uma UTIN de um hospital público do município do Rio de Janeiro; identificar a rotina de cuidados voltada para os pacientes inseridos no protocolo do mínimo manuseio da UTIN e descrever os fatores que favorecem ou não a efetiva adesão do protocolo de mínimo manuseio pela equipe multiprofissional da UTIN.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, observacional, de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, que foi realizado no

ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital materno-infantil localizado no município do Rio de Janeiro.

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

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde que atuavam na UTIN. Foram incluídos neste estudo os profissionais que prestavam assistência direta ao RN e excluídos aqueles que encontravam-se de licença médica ou gozando de férias durante a coleta de dados.

A coleta de dados para este estudo ocorreu em dois momentos diferentes. Primeiro foi observada a rotina de cuidados empregada aos recém-nascidos internados na UTIN e que se enquadravam nos critérios do protocolo de mínimo manuseio.

Nessa ocasião, foi avaliado qual profissional iniciou o cuidado, quanto tempo ficou manipulando o bebê, o que foi feito, se o cuidado foi agrupado ou não com outro profissional e quanto tempo esse bebê permaneceu sem ser manuseado.

O protocolo da instituição indica o mínimo manuseio para recém-nascidos pré-termo ≤ 32 semanas e/ou ≤ 1500 g e recém-nascidos gravemente enfermos e estabelece como cuidados: trocar fraldas e aferir sinais vitais a cada 6 horas; agrupar



procedimentos/cuidados observando os sinais de estresse do RN, interromper os procedimentos sempre que o RN der sinais de estresse; organizar os cuidados/exames de rotina para coincidir com os ciclos de sono/vigília do RN.

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

A pequena quantidade de dias destinados a observação é justificada pela necessidade de aguardar a presença de pacientes com critérios para inserção no PMM.

Após o período de observação, foi aplicado um questionário aos profissionais de saúde que prestavam assistência direta aos RN, que possui quatro perguntas abertas acerca do protocolo para analisar o conhecimento dos profissionais sobre o assunto e sua opinião sobre os fatores que facilitam e/ou dificultam a implementação do protocolo. O fechamento amostral ocorreu por saturação dos dados obtidos.

De acordo com cada variável, foram utilizados diferentes métodos. Para as informações obtidas durante a observação, a análise foi feita através de estatística descritiva

simples, baseada em porcentagem simples e média aritmética. Para apreciação do conteúdo das entrevistas foram utilizadas estatística descritiva simples e a análise de conteúdo de Bardin.

A presente pesquisa respeitou os princípios éticos para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos e foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a fim de atender à Resolução 466/2012⁽¹²⁾, do Conselho Nacional de Saúde, por meio do parecer nº 6.167.662/2023 e CAAE nº 70595523.0.0000.5269.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

Observação da rotina de cuidados observada na UTIN

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

Dia de observação	Tempo observado	Período
20/jul	390 min	08:30 até 15h
08/ago	300 min	13h até 18h
13/set	240 min	08h até 12h

06/out	300 min	13h até 18h
11/out	310 min	13h até 18:10
20/nov	280 min	07:30 até 12:10

O quadro 01 apresenta os dias em que ocorreu a observação da rotina de cuidados. Foram coletados dados durante seis dias, sendo

três dias no turno da manhã e os outros três no turno da tarde. Em média, a observação ocorreu durante quatro horas em cada dia.

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

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

A tabela 01 apresenta o perfil dos recém-nascidos que foram assistidos pelos profissionais

observados durante a coleta de dados. Em relação aos diagnósticos, cerca de 66% são

prematturos, o que é ratificado pela descrição da idade gestacional. Dentre os RNs a termo, dois possuem uma patologia do sistema cardiopulmonar e um possui uma patologia do sistema nervoso central.

Em relação ao peso, 33% dos pacientes assistidos possuíam extremo baixo peso ao nascer, 33% muito baixo peso e 11% baixo peso. Apenas 22% deles tinham o peso adequado ao nascer.

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

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

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

Dentre as 56 manipulações observadas, em apenas três momentos os profissionais se

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

organizaram para agrupar os cuidados prestados. A ausência do agrupamento de cuidados na UTIN também é evidenciada em outros estudos ⁽¹³⁾.

O mínimo manuseio é diretamente relacionado ao agrupamento de cuidados, já que o recém-nascido é o núcleo dessa assistência e os profissionais devem agir em conjunto priorizando a necessidade do paciente ⁽¹³⁾. No

entanto, são observadas manipulações individuais para um único procedimento, evidenciando a falta de organização sistemática e comunicação efetiva entre os profissionais.

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

O sono exerce função significativa no controle energético do recém-nascido. Quanto menor sua idade gestacional, maiores são as demandas dos sistemas motor e autônomo, o que resulta em pouca energia para interagir com o meio ambiente e regular seu padrão de sono⁽¹⁴⁾.

Desse modo, quando o RN é excessivamente estimulado e privado de períodos de repouso, pode ocorrer um considerável agravo de sua instabilidade fisiológica, resultando em alterações cardiorrespiratórias e balanço energético negativo⁽¹⁴⁾.

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

Um estudo realizado na cidade de São Paulo constatou que os RNPTs foram manipulados cerca de 45 vezes em seis horas (360 minutos), ou seja, receberam mais de sete manipulações por hora⁽¹⁴⁾. Já em outra pesquisa, cada RN participante recebeu em média 1,6 manipulação por hora⁽¹³⁾.

Esses dados evidenciam que as estratégias para reduzir o número de manipulações vem sendo amplamente discutidas

e colocadas em prática. No entanto, esse manuseio ainda precisa ser melhor organizado e refinado para garantir uma assistência mais qualificada e humanizada.

Durante a coleta de dados do presente estudo foi observado em dois momentos distintos o mesmo profissional manuseando um RN por dois momentos seguidos, evidenciando, além da falta de comunicação, uma falta de planejamento do cuidado prestado.

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

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

Conforme relatado nas entrevistas, as intercorrências interferem na implementação do PMM. No entanto, ocorreram apenas seis eventos que justificaram o manuseio fora do horário previsto, tais como: aferição de temperatura, regurgitação e promoção do Método Canguru.

Grau de conhecimento dos entrevistados acerca do PMM

Foram entrevistados 65 profissionais que atuavam no cuidado direto ao RN, sendo 7 médicos, 8 residentes de medicina, 10 enfermeiros, 8 residentes de enfermagem, 28 técnicos de enfermagem e 4 fisioterapeutas. Eles responderam a três questões sobre o Protocolo:



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

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

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

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

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

A questão 2 evidencia os profissionais que foram orientados sobre o Protocolo de Mínimo Manuseio da instituição de referência. Ao todo, cerca de 32% dos entrevistados não receberam orientação sobre o protocolo. Ao

observar por categoria, é possível perceber que esse dado é maior entre os residentes, 62% dos residentes médicos e 87% dos enfermeiros residentes relataram não terem sido orientados ao iniciar na instituição. Nas demais categorias, a quantidade de profissionais orientados foi de 75% entre os fisioterapeutas, 71% entre os médicos plantonistas, 70% entre enfermeiros plantonistas e 89% entre os técnicos de enfermagem.

O conhecimento acerca dos pacientes que devem ser inseridos no Protocolo de Mínimo

Manuseio está expresso através da questão 3. Todos os fisioterapeutas e médicos plantonistas conhecem parcialmente quais pacientes possuem indicação de participar do protocolo. Responderam corretamente apenas 13% dos residentes de medicina, 10% dos enfermeiros e 4% dos técnicos. Nenhum residente de enfermagem respondeu corretamente, porém cerca de 84% conhecem pelo menos um critério para inserir o paciente no protocolo.

Opinião dos entrevistados sobre o Protocolo de Mínimo Manuseio

Os entrevistados foram questionados com duas perguntas sobre a execução do protocolo: qual sua opinião sobre o protocolo? o que facilita e/ou dificulta a adesão?

A análise das entrevistas revelou que todos possuem uma opinião positiva sobre o PMM.

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

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

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

para reduzir repercussões e para manter uma maior estabilidade clínica.

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

Foi estruturado para promover a proteção do paciente a alterações hemodinâmicas que possam culminar em hemorragia intracraniana. E10

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

Durante o período de internação, neonatos são expostos a diversos procedimentos invasivos e a manipulação excessiva que ocasionam uma série de efeitos adversos e alterações no desenvolvimento ⁽¹⁵⁾.

Torna-se fundamental a execução de medidas que aumentem a sobrevivência dos pacientes internados em uma UTIN, visando minimizar, ou até mesmo erradicar, as complicações que possam acometê-los ⁽⁹⁾.

O impacto do protocolo na dinâmica de trabalho

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

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

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

Os protocolos são importantes para subsidiar a prática assistencial aprimorando e minimizando a variabilidade de condutas ⁽¹⁶⁾. Além disso, favorecem o uso de práticas cientificamente fundamentadas, sendo construídos e sustentados pela prática baseada em evidências ⁽¹⁶⁾.

Fatores determinantes para a aplicabilidade do protocolo

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

Sendo assim as respostas foram agrupadas de acordo com a ideia proposta no discurso: relacionamento entre a equipe multiprofissional; ausência de treinamento e orientação sobre o protocolo; relação entre o número de profissionais x pacientes; condição clínica do RN.

O relacionamento entre a equipe multiprofissional foi o fator mais citado entre as questões que interferem na aplicabilidade do protocolo, pois a comunicação entre os profissionais foi considerada condição determinante para um bom funcionamento do protocolo. Além disso, foi relatado que as diferentes categorias possuem seus próprios

horários de manipulação e eventualmente priorizam seu próprio trabalho, deixando de atuar em sincronia com os demais profissionais.

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

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

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

A formação do diálogo entre a equipe interprofissional viabiliza a criação de um relacionamento e possibilita o reconhecimento do trabalho do outro, sendo determinante para um cuidado mais seguro e humanizado ⁽¹⁷⁾. A comunicação interprofissional é uma habilidade de interação efetiva e colaborativa entre diferentes profissionais ⁽¹⁷⁾.

A comunicação e o trabalho em equipe são habilidades que podem ser adquiridas através de educação e treinamentos ⁽¹⁸⁾. Essa narrativa corrobora com a importância da capacitação periódica dos profissionais, que fortalece não apenas o diálogo, mas também a resolução de problemas, uso de novas tecnologias e um cuidado mais qualificado prestado ao paciente.

Os entrevistados ressaltaram que a conscientização da equipe sobre as repercussões da manipulação excessiva facilita a adesão ao protocolo.

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

Para aderir a um protocolo é necessário que este seja bem difundido entre a equipe e realizados treinamentos

periódicos para que a equipe saiba executar, as indicações e principalmente a importância para o RN. E02

O treinamento é direcionado para a educação dos funcionários, de modo que eles desenvolvam habilidades, conhecimentos e conceitos que modifiquem seus hábitos e comportamentos⁽¹⁹⁾.

Quando esse conceito é trazido para o tema de estudo deste trabalho, é importante salientar que essas novas habilidades promovem uma assistência mais qualificada ao paciente internado, resultando em menores repercussões a longo prazo.

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

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

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

O parecer do Conselho Federal de Medicina nº24/2019 traz a proporção de um médico plantonista para cada dez pacientes ou fração em unidades de assistência de alta complexidade⁽²⁰⁾.

Já a Resolução COFEN 743/2024, que trata do dimensionamento do pessoal de enfermagem, sugere a relação de um profissional para cada 1,33 paciente no cuidado intensivo, sendo 52% da equipe composta por enfermeiros. Além disso, deve ser acrescido ao quantitativo de profissionais o índice de segurança técnica de no mínimo 15% do total⁽²¹⁾.

A condição clínica dos pacientes internados é outro obstáculo para a implementação de uma rotina com menos manuseio. A ocorrência de eventos adversos foi citada como um fator que torna a manipulação sucessiva inevitável, assim como a necessidade de exames e procedimentos frequentes devido a gravidade do RN.

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

A gravidade do caso dificulta. E30

Dificuldade de manuseio maior em bebês mais graves. E13

Por fim, a presença de sinalização visual de que o paciente está inserido no PMM foi mencionada como um importante instrumento que viabiliza a adesão ao protocolo. Esses avisos, além de serem considerados importantes pela equipe multiprofissional, também são recomendados em documentos como o Caderno de Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido sob Manuseio Mínimo⁽²²⁾.

Sinalizar melhor os horários visualmente. E09

Facilita: indicação de horário de manuseio na incubadora. E13

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

ainda não ocorre de maneira rotineira dentro do setor.

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

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

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

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

Diante do que foi exposto, observa-se que a equipe possui conhecimento do Protocolo de Mínimo Manuseio, porém é preciso modificar a maneira de intervir para garantir uma assistência

mais qualificada. Pode-se perceber que com pequenas adaptações é possível capacitar a equipe para a adoção dessa estratégia.

REFERÊNCIAS

1. Costenaro RGS, Correa DAM, Ichisato SMT. Cuidados de enfermagem em neonatologia. 1ªed. Porto Alegre: Moriá; 2017.
2. Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GC, Oliveira VC, Tibúrcio JD. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos*. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017. Doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100010>
3. Monteiro LM, et al. Benefícios do toque mínimo no prematuro extremo: recomendações baseadas em evidências. *Rev enferm atual in derme*. 2019;
4. Broso S, Montiroso R, Provenzi L. Do mothers sound good? A systematic review of the effects of maternal voice exposure on preterm infants' development. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018.
5. Ferraz LPL, Fernandes AM, Gameiro MGH. Developmental care of premature newborns: study on practices in portuguese neonatal units. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2022 [citado 2024 Dez 12]. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235en>
6. Queiroz WP, Amaral WN, Castro VA, Santana TS. Prevalência das principais alterações cerebrais em neonatos internados em UTINEO. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2024 [citado 2024 Dez 12]. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67936>
7. Cardoso MS. Os benefícios do protocolo de manuseio mínimo em prematuros de um hospital da região Sul catarinense. *Repositório da Universidade do Extremo Sul Catarinense* [Internet]. 2019. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/8071>
8. Tamez R. *Enfermagem Neonatal na UTI-neonatal*. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.
9. Kolecha Giordani AT, Berte C, Loureiro PC. Cuidados essenciais com o prematuro extremo: elaboração do protocolo mínimo *manuseio*. *Var. Sci. - Ci. Saúde* [Internet]. 29 dez 2017 [citado 2024 Dez 12]. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/17658>
10. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente [Internet]. 2018. *Manuseio Mínimo do recém-nascido*. [citado 2024 Dez 12]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/manuseio-minimo-do-recem-nascido/>.
11. Santos GC. Fatores associados a hemorragia intracraniana em neonatos prematuros: estudo caso-controle. *Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UNIFAL-MG* [Internet]. 2019. [citado 2024 Dez 12] Disponível em: <http://bdtd.unifal-mg.edu.br:8080/handle/tede/1621>
12. Pereira FL, Góes FSN, Fonseca LMM, Scochi CGS, Castral TC, Leite AM. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600003>
13. Rafael CQ. Melhorar o sono do recém-nascido em Cuidados Intensivos. *Repositório Aberto da Universidade do Porto* [Internet]. 2019. [citado 2024 Dez 12]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/121052>
14. Sousa MWCR, Silva WCR, Araújo SAN. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. *Cons. Saúde* [Internet]. 26º de novembro de 2008 [citado 2024 Dez 12];7(2):269-74. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/701>
15. Vigo PS. et al. O Mínimo Manuseio na UTI Neonatal: Contribuição da Equipe de Enfermagem. 42º Simpósio do Instituto Nacional de Cardiologista, 18 a 22 out. 2021.
16. Pimenta CAM, et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>
17. Coifman AHM, Pedreira LC, Jesus APS de, Batista REA. Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2021 [citado 2024



Dez 12];55:e03781. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>

18. Felicíssimo JR. América latina: movimentos sociais frente à descentralização do Estado. Rev Administração Pública [Internet]. 1994. [citado 2024 Dez 12]. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/8572/7310>

19. Chiavenato I. Gestão de pessoal: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 13ª Ed. Rio de Janeiro; 1999.

20. Conselho Federal de Medicina (BR). Parecer CFM nº 24/2019. Brasília-DF: CFM; 20 set. 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2019/24_2019.pdf.

21. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 743/2024. Brasília-DF: COFEN 18 abr. 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-743-de-12-de-marco-de-2024//>.

22. Secretaria de Estado de Saúde (BR). Assistência de enfermagem ao recém-nascido sob manuseio mínimo: Caderno-4 [Internet]. Brasília-DF: Secretaria de Estado de Saúde; 2021. [citado 2024 Dez 12]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/CADERNO_4__MANUSEIO_MINIMO_22_09.pdf/0503210d-02f7-c6b4-b729-e8ab4c5e7bbd?t=1670518724356%20Acesso%20em:%2015%20abr.%202024.

Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>

Contribuições dos autores:

Bárbara Abrão de Lima: concepção e planejamento do estudo; obtenção, na análise e interpretação dos dados; redação final da versão publicada.

Talita Nunes dos Santos: concepção e no planejamento do estudo; redação e revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Danielle Bonotto Cabral Reis: concepção e no planejamento do estudo; redação e revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Declaração de conflitos de interesse: nada a declarar.

Fontes de financiamento: a pesquisa não recebeu financiamento

