

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JORDANA MORAES POZZA
MARINA GRANDI DA SILVA**

**PROPOSTAS DE PROTOCOLOS PARA PREVENÇÃO DOS RISCOS
ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM NEONATOS NO
CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA**

**CAXIAS DO SUL
2022**

**JORDANA MORAES POZZA
MARINA GRANDI DA SILVA**

**PROPOSTAS DE PROTOCOLOS PARA PREVENÇÃO DOS RISCOS
ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM NEONATOS NO
CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso com o objetivo de garantir aprovação em Bacharelado em Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul.

Orientadora Professora Ma. Laís Fagundes Pasini

Co Orientadora Professora Dra. Nilva Lúcia Rech Stedile

CAXIAS DO SUL

2022

RESUMO

Visto que a maior parte de ações assistenciais são realizadas diretamente pela equipe de enfermagem, cada vez mais são adotadas práticas para a gestão dos incidentes causados por procedimentos da assistência ao paciente, uma vez que essas práticas visam a segurança do mesmo. As práticas adotadas têm como foco principal a identificação, a análise, a avaliação, o monitoramento, o tratamento, a notificação e a comunicação dos riscos. Utilizando o método Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), este estudo envolve o aprimoramento de uma ferramenta com base no conhecimento teórico-prático, com o intuito de unir a teoria do cuidado em enfermagem às práticas cotidianas realizadas diretamente ao paciente dentro da UTIN. Visando ferramentas bem estruturadas e com um bom referencial teórico, os protocolos assistenciais foram construídos utilizando orientações do Ministério da Saúde, juntamente com artigos da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo, além de livros específicos da área. Os protocolos têm como objetivo assegurar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes, a fim de evitar complicações relacionadas aos riscos que as práticas oferecem. A definição do tema foi determinada pelo número de pacientes afetados por incidentes da prática cotidiana de cuidados diretos ao paciente e, principalmente, na expectativa de melhora dos fatores condicionantes, bem como uma alternativa de baixo custo para a instituição de saúde. A indicação dos protocolos é que sejam utilizados em instituições de saúde com crianças de até 28 dias de vida em UTIN, de ambos os gêneros e em todo o território nacional. Para elaboração dos mesmos, considerou-se trabalhar com os riscos assistenciais mais frequentes na rotina cotidiana das UTINs. A extubação acidental, a flebite em acesso venoso periférico, a flebite em acesso venoso central, a perda de PICC e os erros de medicação, foram os principais riscos assistenciais de enfermagem encontrados na literatura em estudo, assim, citados na introdução. Em frente ao exposto, embora o cuidado de enfermagem seja baseado na melhoria da vida, conforto, diálogo e o potencial individual de cada sujeito, é preciso estabelecer um eixo teórico e prático, pensado para qualificar a assistência prestada. Portanto, afirma-se que a implementação do protocolo se enquadra nessa visão por ser uma ferramenta teórico-prático que facilita o planejamento do cuidado e, com isso, corrobora a qualidade da assistência individual e coletiva.

Palavras-chave: Enfermagem. Recém-nascido. Unidades de terapia intensiva neonatal. Cuidados de enfermagem.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	6
2.1	GERAL	6
2.2	ESPECÍFICOS.....	6
3	REVISÃO TEÓRICA	7
3.1	COMPREENDENDO O CONCEITO DE RISCO E RISCO ASSISTENCIAL..	7
3.2	O CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	8
3.2.1	Risco Assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	11
3.2.1.1	Extubação acidental	11
3.2.1.2	Flebite em Acesso Venoso Periférico	12
3.2.1.3	Flebite em Acesso Venoso Central.....	13
3.2.1.4	Perda de PICC (Catéter Central de Inserção Periférica)	14
3.3	IMPORTÂNCIA DOS PROTOCOLOS PARA REDUÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS.....	18
4	MÉTODO	20
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	20
4.2	PROCEDIMENTOS PARA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO	20
4.3	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	22
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6	CONCLUSÃO.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXO A - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN	34
	ANEXO B - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE FLEBITE EM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN ...	36
	ANEXO C - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE FLEBITE EM ACESSO VENOSO CENTRAL NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN.....	39
	ANEXO D - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE PERDA DE PICC NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN	41
	ANEXO E - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ERRO DE MEDICAÇÃO NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN	44

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, encontram-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (PEDREIRA, 2009). Os eventos adversos (EAs) são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, que tanto pode ser físico como social ou psicológico, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (WHO, 2009).

Um conjunto de estratégias estrutura a gestão de riscos relacionados à assistência à saúde, o qual dispõe da adoção de práticas que promovem a segurança do paciente, tal qual a identificação, a análise, a avaliação, o monitoramento, o tratamento, a notificação e a comunicação de riscos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Um estudo realizado por Woods *et al.* (2005) nos Estados Unidos (EUA), nos estados do Colorado e Utah envolvendo 3.719 pacientes com alta hospitalar, de 0 a 20 anos, evidenciou que eventos adversos ocorreram em 1% das hospitalizações pediátricas no Colorado e Utah; 0,6% eram evitáveis. As taxas de eventos adversos evitáveis foram de 0,53% em recém-nascidos e lactentes (0 a 0,99 anos), 0,22% em crianças de 1 a 12 anos e 0,95% em adolescentes de 13 a 20 anos.

De acordo com um relatório publicado pelo Instituto de Medicina em 2000, muitos estudos foram referenciados intitulados "Os erros são humanos: rumo a um sistema de saúde mais seguro, cerca de 14% dos pacientes hospitalizados nos EUA cometem erros durante a assistência médica". Os autores estimam que entre 44.000 e 98.000 pessoas morrem a cada ano como resultado de erros de assistência à saúde, o que supera o número de mortes por veículos automotores, câncer de mama e AIDS. Cerca de 7.000 pessoas morrem a cada ano devido a erros de medicação (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A singularidade, bem como a complexidade do ambiente de terapia intensiva neonatal e a vulnerabilidade dos recém-nascidos aumentam o risco de acidentes e lesões, que podem ter efeitos devastadores e permanentes. Os profissionais de saúde precisam entender e discutir os tipos de incidentes de segurança, pois sua

análise permite que eles desenvolvam melhorias e aprendam o que fazer para evitar a recorrência de falhas (MS, 2017).

Diante do exposto, este estudo apresenta como pergunta norteadora: Quais os riscos assistenciais que mais ocorrem na neonatologia e como devem ser manejados para assegurar um ambiente seguro ao neonato?

Estes dados são de suma importância por fornecer informações na qual podem subsidiar condutas em ambiente de UTIN a fim de evitar a ocorrência de danos ao paciente em função da vulnerabilidade em que esses recém-nascidos (RN) se encontram.

Esses protocolos, além de beneficiar os RNs por diminuir os riscos de danos, lesões, dor e sofrimento durante sua internação, tendem a contribuir na assistência das equipes de saúde pois: padronizam condutas; sistematizam conhecimentos favorecendo a atualização; facilitam a avaliação do cuidado; permitem que os profissionais possam adaptá-los e replicá-los em outros setores. Além disso, como beneficiários destes protocolos se incluem os familiares de cada RN internado, pois ao perceber segurança nas ações assistenciais dos profissionais, a família, conseqüentemente, se sente mais segura e menos apreensiva quanto ao cuidado prestado.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Elaborar propostas de protocolos que orientem os profissionais de UTIN na prevenção e manejo dos riscos assistenciais prevalentes.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar os riscos assistenciais prevalentes em uma UTIN;
- b) Analisar formas de prevenção dos riscos assistenciais em uma UTIN;
- c) Caracterizar elementos fundamentais para constituição dos Protocolos;
- d) Analisar processos de trabalho e fluxos assistenciais com vistas à prevenção dos riscos assistenciais.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 COMPREENDENDO O CONCEITO DE RISCO E RISCO ASSISTENCIAL

O risco é um reflexo da reorientação da relação das pessoas com eventos futuros, uma “domesticação de eventos vindouros”. Se antes dos tempos modernos, perigo significava morte, agora é redefinido como controle possível. (LUIZ; COHN, 2006)

A palavra risco originou-se no século XIV e não adquiriu a conotação de perigo até o século XVI. Entre a polissemia do risco, Luiz e Cohn (2006) destacam duas dimensões. A primeira refere-se ao que é possível ou provável, procurando compreender a regularidade dos fenômenos. A segunda está no domínio dos valores e pressupõe a possibilidade de perder algo precioso.

A incorporação do conceito de risco no contexto social é resultado de mudanças na sociedade e suas tecnologias. Está associada à secularização da sociedade e à transformação das relações econômicas capitalistas comerciais, à abertura do comércio e ao conseqüente desenvolvimento de estruturas políticas inéditas como a soberania sobre os territórios nacionais. É nesse contexto que surge também a teoria da probabilidade, outro fenômeno relacionado ao conceito de risco (LUIZ; COHN, 2006). "O pensamento probabilístico favoreceu o terreno necessário para pensar os riscos como passíveis de gerenciamento" (p. 2339). O cálculo do risco está intimamente relacionado à conformação e avaliação da segurança (LUIZ; COHN, 2006).

Em epidemiologia, define-se risco como “a probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada doença em um período de tempo” (ALMEIDA-FILHO 1989, *apud* LUIZ; COHN, 2006, p. 24). No âmbito da saúde, o risco é individualizado no que a autora Luiz e Cohn (2006) chama de "autogestão": pressupor que as pessoas usam informações suficientes para ajustar seu comportamento para eliminar todos os riscos e alcançar a saúde completa.

No âmbito deste estudo será definido como risco assistencial quando a prestação de serviço desenvolver riscos ao usuário de serviços de saúde, ao utilizar de procedimentos prescritos e realizados pela equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 2017).

Lanzillotti (2015) associa os tipos de eventos mais comuns na UTIN, com ou sem dano ao paciente, relacionados a erros ou falhas de medicação, infecções relacionadas à assistência à saúde, lesões de pele, ventilação mecânica e cateteres endovasculares.

Um erro ou evento adverso pode ser definido como uma situação que pode causar ou resultar em dano desnecessário a um paciente, e pode resultar de ações intencionais ou sem intenção (DUARTE *et al.*, 2015). De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define um EA como qualquer evento resultante de um ato não intencional ou intencional que possa causar dano ao paciente. Essas ações são classificadas em: quase acidentes, eventos não lesivos e eventos lesivos (OMS, 2009). A primeira ocorre quando o evento não atingiu o paciente ou o fato foi corrigido antes disso. A segunda é definida como uma situação que, embora tenha ocorrido, não causa danos significativos ao paciente. Por fim, o terceiro é um com dano, ou seja, evento que causa danos consideráveis ao paciente (OMS, 2012).

Entre fatores que contribuíram para o evento adverso, destaca-se a falta de pessoal, a sobrecarga de trabalho, o conflito entre profissionais, a falta de liderança e a supervisão inadequada (DUARTE *et al.*, 2015). Compreender que os profissionais de enfermagem previnem o fracasso e promovem a excelência na assistência à saúde é uma questão mais ampla que só pode quantificar as perdas sofridas pelas instituições. Esse fator está relacionado às competências, habilidades, conhecimentos, comprometimento e atitudes dos profissionais, pois eles podem identificar e quantificar os eventos adversos mais prevalentes e, com isso, novos comportamentos e técnicas podem ser desenvolvidos para eliminar esses problemas e proporcionar segurança aos pacientes (SILVA *et al.*, 2014).

3.2 O CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Para Souza *et al.* (1985, *apud* BOLELA; JERICÓ, 2006, p. 302):

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são consideradas como locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva.

Para Boleta e Jericó (2006) pode-se encontrar comumente nas UTIs um ambiente rico em tecnologias em todas suas aparelhagens, situações de emergência e necessidade constante de agilidade e habilidade no atendimento ao paciente. Apesar de toda a tecnologia existente nas UTIs e, com isso, o melhoramento da assistência prestada, o índice de mortalidade ainda é elevado. Para pacientes e familiares, a UTI ainda está diretamente relacionada à morte e a pacientes que não têm chance de recuperação (BOLETA; JERICÓ, 2006). Se isso é verdadeiro para qualquer UTI, na UTIN, a percepção é aumentada pela situação de vulnerabilidade das crianças internadas, visto que a internação implica tratamento especializado com uso de complexas tecnologias, acrescentando o fato de os pais vivenciarem situações constrangedoras, marcadas por sentimentos de medo, insegurança e tensão, ao se depararem com a imagem do filho hospitalizado, nesse ambiente assustador (COSTA; PADILHA, 2011).

Os RNs são repletos de potencialidades e experiências, as quais iniciam ainda na sua vida intrauterina, com uma série de transformações que são decisivas para seu crescimento e desenvolvimento (MARTINS, *et al.* 2011).

Segundo Caçola e Bobbio (2010) prematuros são aqueles nascidos antes de 37 semanas de gestação completas e os com baixo peso ao nascer são aqueles com peso de nascimento inferior a 2500g.

O período neonatal é considerado a partir do nascimento do RN e os primeiros 28 dias de vida. Devido a eventos maternos e/ou fetais, o nascimento prematuro e/ ou baixo peso ao nascer podem estar presentes (SILVA *et al.*, 2020). Estes fatores, entre outros como anomalias congênitas, intercorrências em sala de parto, podem implicar na necessidade de cuidados mais complexos ao RN, levando-o à internação na UTIN (SILVA *et al.*, 2020).

A UTIN é uma unidade hospitalar de assistência especializada destinada a RNPT, recém-nascido com baixo peso ao nascer (RNBPN), RNs com malformações cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, gastrointestinais e outras anomalias sistêmicas que possam afetar a vida do neonato (SILVA *et al.*, 2020). Reichert, Lins e Collet (2009) destacam que os RNs atendidos neste espaço são os que necessitam de apoio assistencial diferenciado em tempo integral, com monitoração, equipamentos de reanimação, entre diversos outros, e serviço auxiliar de apoio extenso.

O ambiente da UTIN é caracterizado, antes de tudo, pelos equipamentos tecnológicos que podem ser utilizados para cuidar de neonatos em estado crítico (SIMSEN; CROSSETTI, 2004). Além desse ambiente, existe um modelo de atenção, que, há muitos anos, se baseia na medicina terapêutica tradicional, que leva em consideração a divisão do ser humano (SIMSEN; CROSSETTI, 2004). Essa forma de estruturar o trabalho desconsidera o ser humano em sua totalidade, sendo que o ideal se caracteriza por considerar a singularidade de indivíduos e famílias na gestão da terapêutica (SIMSEN; CROSSETTI, 2004). Fialho (2016) destaca a importância que o intuito do cuidado não deve se limitar ao comportamento de administrar medicação, realizar consultas e exame no contexto das condições de saúde-doença. A humanização do cuidado pode ser entendida como a maneira de ver e considerar o ser humano, a partir de uma visão global, holística.

A Política Nacional de Humanização (PNH) (2010), com o mesmo enfoque, busca estruturar um Sistema Único de Saúde (SUS) com intuito de reconhecer o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde englobando a participação de todos - usuários, trabalhadores e gestores -.

A necessidade de internação na UTIN não implica automaticamente no bem-estar físico e emocional do paciente. Se considerarmos que adaptação ao meio extrauterino é complexo e difícil para um RN, a necessidade de internação em UTIN pode causar ainda mais estresse (SIMSEN; CROSSETTI, 2004). Os RNs são transferidos para um ambiente com iluminação excessiva, manipulação constante, ruídos estressores e procedimentos invasivos que causam dor, desconforto físico e mental no período de sua internação e também após a alta hospitalar, impactando na sua qualidade de vida. Nesse momento, os RNs são expostos a condições de enfrentamento que podem afetar sua existência espiritual e biopsicossocial (SIMSEN; CROSSETTI, 2004).

A assistência de enfermagem na UTIN se faz extremamente necessária, pois além dos procedimentos assistenciais o enfermeiro realiza gestão da equipe de trabalho, orienta a família e os pais sobre a regulação do setor e fornece cuidados psicológicos, caso necessário (CASATE; CORRÊA, 2006). Além disso, faz parte do trabalho de enfermagem falar dos procedimentos realizados com os RNs, os tipos de tratamentos e esclarecer as dúvidas sobre diagnósticos médicos (CASATE; CORRÊA, 2006).

Equipe necessária, de acordo com a PORTARIA nº930 de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012) para estruturar uma equipe mínima de UTI neonatal é composta por:

- a) 1 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias;
- b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas;
- c) 1 (um) médico plantonista com Título de Especialista em Pediatria (TEP);
- d) 1 (um) enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal;
- e) 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno;
- f) 1 (um) fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno;
- g) 1 (um) fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 (seis) horas;
- h) técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno;
- i) 1 (um) funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno;
- j) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade.

O desafio com que se defronta o as equipes de assistência de saúde na UTIN é que, além de colaborar na sobrevivência dos RNs, é fundamental contribuir com o desenvolvimento da criança e sua qualidade de vida. Portanto, o planejamento da assistência em especial de enfermagem para o RN criticamente doente constitui um processo muito complexo que necessita de uma avaliação rigorosa e progressiva para determinar sua efetividade (KAMADA; ROCHA, 2006).

3.2.1 Risco Assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

3.2.1.1 Extubação acidental

A intubação traqueal é um procedimento bastante comum em UTINs. Muitas vezes, as intubações traqueais são realizadas com emergência, devido a dificuldades respiratórias ou a piora das mesmas, como apneia, obstrução do tubo endotraqueal e extubação acidental, não programadas (OLIVEIRA *et al.*, 2012). A manutenção de pacientes com via aérea artificial é uma prática segura, mas não anula possíveis complicações, desta forma a extubação acidental e/ou extubação

não planejada ainda são eventos adversos bastante frequentes (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Pode-se definir a extubação acidental como resultado inesperado e não planejado diante do manuseio incorreto da equipe de saúde, ou pelo próprio paciente em um momento de agitação (OLIVEIRA *et al.*, 2012). A avaliação da extubação acidental considera alguns sinais característicos para identificação do evento, como deslocamento do tubo, vocalização presente, escape de ar súbito e inexplicável, distensão gástrica, cianose ou diminuição de saturação periférica de oxigênio repentina, e ausência de movimentos respiratórios e/ou de entrada de ar nos pulmões (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Dentre RNs internados, em comparação com aqueles que nascem a termo, os RNPT têm maior risco para extubação acidental, em virtude da extensão mais curta da traqueia e da imaturidade neurológica. As principais complicações para esse evento incluem falhas respiratórias, riscos associados à reintubação, aumento da duração da ventilação mecânica (VM) e do tempo de internação, hipóxia, pneumotórax, pneumonia secundária, displasia broncopulmonar, trauma de vias aéreas superiores e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Mesmo diante desses riscos, a extubação acidental raramente está associada ao aumento da mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

3.2.1.2 Flebite em Acesso Venoso Periférico

A utilização de cateteres para acesso venoso é uma prática rotineira para a equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. Mesmo com a rotina de cuidados técnicos, os acessos venosos periféricos apresentam danos variáveis ao longo do tratamento que determinam risco potencial de complicações vasculares locais e sistêmicas (COSTA; FRANÇA; PAULA, 2017).

O uso de cateter venoso periférico pode causar complicações locais ou sistêmicas, com aumento da morbimortalidade e do período de hospitalização. As complicações locais são caracterizadas pelas lesões localizadas em torno do sítio de inserção do cateter (BARBOSA, CARVALHO; MOREIRA, 2016).

Caracteriza-se como flebite o processo inflamatório da camada íntima das veias, causado por irritação mecânica, química ou infecções bacterianas (BARBOSA; CARVALHO; MOREIRA, 2016). As manifestações características da

flebite incluem dor, edema, hiperemia local e calor e, em caso de evolução do processo, pode também surgir cordão fibroso palpável, aumento da temperatura basal e, em casos infecciosos, secreção purulenta no sítio de inserção do cateter (BARBOSA; CARVALHO; MOREIRA, 2016).

Esse processo inflamatório tem como fatores relacionados o tipo de cateter, a terapia administrada, as doenças, o tempo de permanência, a escolha do local de punção, a técnica de inserção e o conhecimento técnico-científico (COSTA; FRANÇA; PAULA, 2017). A flebite é considerada um evento adverso, com ocorrência indesejável, de natureza iatrogênica em virtude de falhas ou técnicas inadequadas, que implica num impacto negativo na vida, na segurança do paciente e na qualidade da assistência, além de representar um fator de risco de morte a pessoas em situação de vulnerabilidade (COSTA; FRANÇA; PAULA, 2017).

Para a prevenção das complicações relacionadas ao acesso venoso, pode-se elencar: escolha de veias calibrosas para acesso venoso periférico (AVP) ou utilização de acesso venoso central (AVC) para a administração de soluções hipertônicas; escolha do menor dispositivo indicado à infusão; rodízio a cada 72 horas do local puncionado (considerando as particularidades do paciente); fixação adequada para evitar irritação mecânica; punções realizadas por profissionais habilitados; higienização adequada das mãos; protocolo de orientação sobre medicações irritantes e soluções hipertônicas; troca dos frascos de soluções a cada 24 horas (BARBOSA; CARVALHO; MOREIRA, 2016).

3.2.1.3 Flebite em Acesso Venoso Central

Na assistência em saúde, o AVC é compreendido como de grande importância, visto que muitas terapias e situações clínicas de maior complexidade necessitam de um acesso vascular adequado (LEMOS; SAKAE; CALANDRINI, 2008). Quando se trata de pediatria e neonatologia, o AVC se torna um procedimento de preferência, considerando a dificuldade em se conseguir um AVP, excessivo estímulo doloroso causado ao RN, além do tempo utilizado na tentativa de consegui-lo e pela grande frequência com que este se perde (LEMOS; SAKAE; CALANDRINI, 2008).

As principais indicações para AVC incluem: necessidade de administração rápida de líquidos e sangue; administração de medicamentos vasoativos,

medicamentos irritantes (quimioterapia); administração de nutrição parenteral (NPT); monitoramento da pressão venosa central (PVC); acesso durante a parada cardiorrespiratória (PCR); em procedimentos de hemodiálise; e na necessidade de acessos venosos de longa permanência (LEMOS; SAKAE; CALANDRINI, 2008).

Assim como no AVP, o AVC também pode ser causa de complicações. Como complicações decorrentes da introdução do cateter, pode-se mencionar: arritmias; pneumotórax; lesão arterial (incluindo punção de artéria carótida); lesão nervos; embolia gasosa; hemotórax; lesão de ducto torácico; hidrotórax (pelo mau posicionamento do cateter o líquido infundido será acumulado no espaço pleural); sangramento; tamponamento cardíaco; entre outros (LEMOS; SAKAE; CALANDRINI, 2008). Deve-se também ficar atento para casos de trombose e o seu elevado potencial de associação com tromboembolismo pulmonar (LEMOS; SAKAE; CALANDRINI, 2008).

A terapia intravenosa (TIV) ocupa destaque entre o conjunto de tecnologias que são imprescindíveis para a sobrevivência dos RN, contudo representam fonte importante de dor, estresse e risco para complicações potencialmente graves. Atualmente, para minimizar os problemas de múltiplas punções venosas, lesões por infiltração, extravasamento e complicações infecciosas relacionadas à corrente sanguínea no RNPT, a conduta mais aceita é a utilização precoce de AVC por cateteres centrais de inserção periférica (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012).

3.2.1.4 Perda de PICC (Catéter Central de Inserção Periférica)

O PICC tem sido cada vez mais recomendado em UTIN, suas vantagens estão relacionadas à possibilidade de suporte nutricional via parenteral em altas concentrações; à administração segura de líquidos e à possibilidade de mantê-los por períodos prolongados, evitando o estresse e o desconforto de repetidas punções (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012). Estes cateteres são constituídos de silicone, material frágil e possuem um calibre pequeno, ou seja, seu lúmen é muito reduzido o que pode ocasionar facilidade para perdas acidentais e obstruções, rompendo-se facilmente em tentativas de desobstrução (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012).

A escassez de linhas intravenosas agrava os problemas que as equipes enfrentam ao infundir vários medicamentos em um curto período de tempo. Atrasos

significativos na infusão de antimicrobianos, falha no seguimento do plano de tratamento leva a erros de medicação. Além disso, a interrupção frequente do acesso venoso e as múltiplas punções são grandes barreiras para a implementação de cuidados personalizados para o desenvolvimento neonatal (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012). Estes, interferem diretamente na aplicação dos princípios norteadores desse modelo de atenção, principalmente reduzindo o manuseio no intuito de garantir o sono e o descanso do RN e reduzir os estímulos dolorosos. (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012).

Gomes *et al.* (2012) expressam que os efeitos adversos relacionados à inserção do PICC mais frequentes foram o mau posicionamento do cateter, a punção arterial e o pneumotórax; aqueles relacionados à manutenção foram infecção local, obstrução e infiltração. Além disso, podem ocorrer complicações graves em conexão com a introdução do cateter, por exemplo, derrames pleurais e pericárdicos, tamponamento, insuficiência cardíaca, perfuração miocárdica, arritmia, deslocamento de cateter, trombose, doença vascular, bacteremia, endocardite, sepsis, embolia pulmonar e migração do cateter (MONTES *et al.*, 2011).

Embasado em Ferreira *et al.*, (2018), alguns cuidados de enfermagem são essenciais para com o PICC, entre eles:

- a) escolher adequadamente o local de inserção do cateter;
- b) manipulação adequada e com segurança do dispositivo;
- c) trocar de curativos sempre que necessário ou a cada 24 horas;
- d) utilizar estratégias de controle de infecção, como presença de sinais flogísticos e, caso necessário, que seja feita a renovação do dispositivo por período, visto que esse dispositivo tem durabilidade de até 6 meses
- e) utilizar estratégias de prevenção de infecção, como: uso de clorexidina alcoólica e ou aquosa, de acordo com os protocolos institucionais para assepsia do PICC e higiene das mãos antes da manipulação;
- f) atentar para a inserção e manipulação do dispositivo com segurança;
- g) avaliar a condição clínica do paciente e a necessidade do procedimento;
- h) atentar para os critérios de indicação;
- i) trocar curativos com técnica asséptica e realizar a técnica de lavagem apropriada (flushing);
- j) observar integridade do cateter para prevenir obstrução;

- k) conhecer a composição dos fármacos para avaliação da administração;
- l) atentar para o período de troca do dispositivo;
- m) capacitar a equipe para a habilidade de manipular o dispositivo;
- n) atentar para o período de permanência;
- o) observar a presença de sujidade, umidade e tracionamento do mesmo;
- p) realizar manutenção do PICC com soro fisiológico de 0,9% e atentar para o surgimento de sinais flogísticos (dor, rubor, calor e edema);
- q) manter curativo bem aderido à pele e evitar molhar durante o banho;
- r) verificar a localização da ponta do cateter, através de imagem radiológica do dispositivo;
- s) realizar adequada desobstrução do cateter.

É imprescindível a capacitação profissional do enfermeiro como agente primário para realizar o PICC em todas as suas etapas, desde a avaliação da condição clínica do paciente, mostrando a necessidade de utilização, até a realização do procedimento, não apenas o ato de realizar a técnica, mas o motivo de sua realização (FERREIRA *et al.*, 2018). Assim, para a atuação do enfermeiro, o conhecimento técnico-científico, a destreza e a competência por meio de treinamento e qualificação são essenciais para o sucesso do uso do PICC (FERREIRA *et al.*, 2018).

3.2.1.5 Erro de medicação

As complexidades envolvidas na prática da terapia medicamentosa exigem reflexão sobre questões amplamente discutidas no cotidiano, pois a equipe assistencial é responsável pelo preparo, armazenamento, prescrição e administração dos medicamentos. Isso constitui uma prática de destaque na enfermagem que garante o tratamento seguro e eficaz do paciente com sucesso (SILVA *et al.*, 2014).

A *American Society of Hospital Pharmacists* (ASHP) classifica os erros em: erros de prescrição; erros de omissão; erros de programação; erros de medicação não autorizada; erros de dosagem; erros de medicação; erros de administração; erros de corrupção de medicamentos (são medicamentos falsificados deliberados fraudulentamente rotulados de forma incorreta, com relação a identificação e/ou

fonte); erros de monitoramento; erros de conformidade e outros erros (SILVA *et al.*, 2014).

Relacionado a esse fato, também foi estabelecida uma relação entre erros e falta de consistência nos sistemas de medicamentos da UTIN, incluindo a falta de formulações comercialmente disponíveis para clientes neonatais, com doses que variam amplamente com base no peso corporal, idade gestacional e indicação correta. Inclui-se também prescrições incompletas, abreviaturas e interrupções e distrações na execução, não preenchimento da transcrição de formulários de dispensação e rótulos de preparo de medicamentos e falta de comunicação por parte dos profissionais, que criam comportamento inseguro e configuram o erro de origem do medicamento (SILVA *et al.*, 2014).

Assim, as causas dos erros são multifatoriais e podem estar relacionadas a fatores ambientais, psicológicos, fisiológicos, organizacionais (BIAVATI; BONIATTI; FALCI, 2018). De acordo com Silva *et al.*, (2014), os erros de medicação da UTIN ocorrem principalmente devido à programação mal projetada da bomba de infusão, erros de prescrição, erros de dosagem, erros de administração e erros de omissão. Ainda de acordo com o Código de Ética de Enfermagem (2017) no Art. 78, é proibido a equipe de enfermagem “Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional”, sob pena de: I - Advertência verbal; II – Multa; III – Censura; IV – Suspensão do Exercício Profissional.

Segundo o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP), alguns medicamentos apresentam maior potencial de provocar lesão grave nos pacientes quando ocorre falha em seu processo de utilização. Tais medicamentos foram denominados *High-Alert Medications*, sendo, posteriormente, definidos em português como Medicamentos Potencialmente Perigosos – MPP’s (ISMP, 2018). Essa definição não indica que os erros com esses medicamentos sejam mais frequentes, mas que sua ocorrência pode provocar lesões permanentes ou fatais (ISMP, 2018)

Com o objetivo de minimizar as consequências relacionadas aos riscos assistenciais, destaca-se a realização do Processo de Enfermagem, como método a ser seguido para o alcance da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (PINTO *et al.*, 2019). Ainda de acordo com Pinto *et al.*, (2019) esse processo tem foco nas etapas de planejamento e implementação, as quais compreendem o momento de propor metas e resultados esperados, bem como intervenções frente a

condição clínica do RN. É importante ressaltar que o cuidado a ser implementado precisa ser exercido em sua totalidade, visando a integralidade do indivíduo, a segurança do paciente e a qualidade do atendimento prestado pela equipe multidisciplinar em saúde.

3.3 IMPORTÂNCIA DOS PROTOCOLOS PARA REDUÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

Dentre os temas de discussão atual, a segurança do paciente é considerada uma das principais. É definida como a redução do mínimo aceitável, o risco de danos desnecessários aos pacientes durante a assistência. A segurança do paciente na UTIN é fundamental para o cuidado seguro, desse modo existem estratégias, com intuito de melhorar o atendimento na enfermagem e contribuir para a qualidade da saúde (NOLETO; CAMPOS, 2020).

No Brasil, grande avanço nessa temática foi alcançado mediante a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (VENTURA *et al.*, 2022). Nesse sentido, os princípios para a promoção da segurança do paciente estabelecem a minimização de erros e danos por meio de políticas e barreiras de segurança, além de propor melhorias ao sistema, elas também podem ser identificadas para que evitar que essas situações voltem a acontecer (TOMAZONI *et al.*, 2014).

Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho da enfermagem como um importante instrumento de gerenciamento em saúde e muito utilizadas pelas instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos profissionais e dos usuários. Além disso, dá suporte para organizar e gerenciar o trabalho de enfermagem (KRAUZER *et al.*, 2018).

Define-se como protocolos assistenciais, orientações sistematizadas, baseados nas diretrizes e evidências da literatura e elaborados por especialistas de uma instituição na qual serão implementados. Priorizam pontos críticos e básicos no processo de decisão (SILVA *et al.*, 2017).

De acordo com Pimenta *et al.*, (2015) existem princípios para estabelecer e validar programas assistenciais/cuidados, por exemplo, prioridades claramente definidas, população-alvo, quem realizará a ação, qual é a estratégia de revisão de

literatura e analisar as provas utilizadas, com objetivo de orientar os profissionais na tomada de decisões. O protocolo também deve descrever formulário de verificação por pares, estratégia de implementação e construção de desfecho ou resultado esperado, além de melhorar a assistência por minimizar a diversidade de informações e comportamentos entre os membros da equipe de saúde (PIMENTA *et al.*, 2015).

Algumas instituições utilizam os protocolos para organizar o serviço, otimizar o trabalho e padronizar condutas, incorporando-as à prática assistencial e arranjando-se a partir dos recursos disponíveis. Do mesmo modo, não é incomum encontrar protocolos nas gavetas das unidades ou em arquivos de computador, pouco acessados pelas equipes (KRAUZER *et al.*, 2018). Sendo assim, a não utilização das normativas pode levar à falta de padronização das ações e a variedade nas formas de fazer, culminando em equívocos na realização dos atos assistenciais (KRAUZER *et al.*, 2018).

Para Silva *et al.*, (2017), os protocolos devem cumprir três funções:

- a) **Gerencial:** controlar a lei da variabilidade clínica nos serviços de saúde, instrumentalizar os profissionais na tomada de decisão, homogeneizar as condutas clínicas;
- b) **Educacional:** produto de capacitação e educação;
- c) **Comunicação:** educar os profissionais e o paciente/usuário em relação às condições da doença e saúde.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido por meio da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que envolve aprimoramento por meio da introdução de inovação ou melhorias no contexto da enfermagem e da prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2018). Inovação na prática auxiliar, segundo as mesmas autoras, também é uma particularidade do PCA, necessariamente, isso lhe confere uma identidade própria. Esse tipo de pesquisa se difere por características de articular a produção de conhecimentos com a prática assistencial.

A peculiaridade da PCA é que ela mantém uma estreita relação com a prática de enfermagem em seu processo, com o objetivo de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na prática onde ocorrem as investigações (PAIM *et al.*, 2008). Dado que uma prática se desenvolve no mesmo espaço físico e temporal, o pesquisador desenvolve tanto a pesquisa quanto a prática em saúde com intuito de projetar mudanças qualificadoras naquela assistência prestada (PAIM *et al.*, 2008). Cabe destacar que esta pesquisa pode incluir tanto a produção do cuidado quanto de tecnologias que possam subsidiar o mesmo nos contextos profissionais. No caso deste estudo, trata-se da produção de tecnologias de cuidado: os protocolos para prevenção dos riscos assistenciais de enfermagem prevalentes em neonatos no cuidado em terapia intensiva.

4.2 PROCEDIMENTOS PARA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

Dada a finalidade dos Protocolos ora propostos, optou-se pelo protocolo de diretrizes terapêuticas (PCDT). A estrutura destes protocolos abrange situações em que se busca orientação de uso de determinada técnica no tratamento de uma determinada doença sem a utilização de uma estrutura rígida para os itens apresentados (Ministério da Saúde, 2019).

Os procedimentos e elementos para elaboração do PCDT para **Riscos Assistenciais mais prevalentes em Neonatos no cuidado em Terapia Intensiva** seguem as orientações do Ministério da Saúde (2019), e estão descritos a seguir:

1. **DEFINIÇÃO DO TEMA:** na definição do tema, como o tópico já sugere, deve ser escolhido o tema a ser analisado nos PCDT. Esse processo é feito através de perguntas norteadoras.
2. **TÍTULO:** o título deve expressar o conteúdo abrangido no PCDT.
3. **APRESENTAÇÃO:** a apresentação deve incluir o tipo de PCDT, como texto novo ou para a atualização de documento já existente, os motivos que justificam a sua realização e relevância, os objetivos gerais, além das políticas de saúde às quais está vinculado. Também é realizada através de perguntas norteadoras.
4. **INTRODUÇÃO:** deve falar sobre a situação clínica a ser abordada.
5. **OBJETIVO:** Indicar a população a qual está destinado o PCDT, o nível de atenção da saúde, o local em que ocorrerá o cuidado, as abordagens incluídas, e os benefícios esperados.
6. **POPULAÇÃO-ALVO:** Especificar detalhadamente a população a ser atendida pelo PCDT: gênero, idade, quando necessário especificar o estágio da doença, entre outras características relevantes da população-alvo. Deve-se especificar também a quem o PCDT NÃO se destina, se houver. Devem ainda ser descritos os casos especiais como gestante, idosos e crianças, no qual há necessidade de avaliação diferenciada em relação às recomendações gerais incluídas nos PCDT.
7. **ABORDAGENS INCLUÍDAS:** Descrever as intervenções de saúde - prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, acompanhamento clínico - que serão o meio de busca de evidências científicas na literatura e sobre as quais serão incluídas para as recomendações do PCDT e aquelas que não serão incluídas, ou seja, abordagens sobre as quais não haverá recomendação e suas justificativas. Deve-se também indicar de forma explícita quais ações já são consenso no cuidado e que não se pretende alterá-las.
8. **PERGUNTAS DE PESQUISA:** As perguntas de pesquisas relacionadas deverão ser detalhadas junto à justificativa ou descrição sucinta do contexto que motivou a sua formulação e o número de perguntas de pesquisa delimitará a extensão da busca de evidências, a complexidade, além do tempo e do custo para a elaboração do PCDT.

9. INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO: Serão utilizados para monitorar a implementação e os resultados esperados no protocolo.
10. MÉTODO DE BUSCA DE EVIDÊNCIAS NA LITERATURA E REFERÊNCIAS: Serão utilizadas as referências bibliográficas analisadas na base de dados científicos Scielo, da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e livros de enfermagem.

4.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Por tratar-se da construção de Protocolos enquanto uma tecnologia de cuidado que não foi validada por profissionais que atuam em UTIN em um primeiro momento, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Mesmo assim, para o desenvolvimento deste estudo foi respeitada a Resolução Nº. 466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) para pesquisa com seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A definição do tema para a elaboração dos protocolos assistenciais se baseia, principalmente, no número de pacientes que são afetados em caso de má execução de procedimentos em saúde, bem como na expectativa de melhora desses fatores condicionantes, associado ao menor custo financeiro para a instituição.

Neste estudo, o título foi descrito como Protocolo Para Prevenção De Riscos Assistenciais de Enfermagem no Cuidado a RNs Internados em UTIN. (anexos A, B, C, D e E).

Estes Protocolos Assistenciais foram direcionados a crianças de até 28 dias e/ou até que tenham indicação de transferência para outro setor ou condições de alta hospitalar, que necessitam de cuidados em regime de terapia intensiva em UTIN, de ambos os gêneros e de todo o território nacional. Os mesmos foram construídos de acordo com modelos da literatura.

A elaboração desses protocolos, baseou-se nas necessidades dos setores de UTIN, devido a ocorrência de eventos adversos mais frequentes decorrentes de ações assistenciais. Entende-se que estes poderiam ser evitados na existência de um Protocolo.

Para elaboração dos mesmos, considerou-se trabalhar com os riscos assistenciais mais frequentes na rotina cotidiana das UTINs. A extubação acidental, a flebite em acesso venoso periférico, a flebite em acesso venoso central, a perda de PICC e os erros de medicação, foram os principais riscos assistenciais de enfermagem encontrados na literatura em estudo, assim, citados na introdução

Os protocolos têm como objetivo assegurar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes, a fim de evitar complicações relacionadas aos riscos que as práticas oferecem, além disso, visa o menor custo financeiro para a instituição. Também identificam os principais pontos fortes e fracos na área de segurança da UTIN, a fim de planejar e implementar ações de mudança nessas unidades para melhorar a prestação de cuidados nas áreas de segurança e qualidade, facilitando o desenvolvimento de planos de ação e segurança.

Diante das intervenções abordadas em cada protocolo, nota-se que são ações possíveis de serem realizadas, porém no cotidiano podem passar despercebidas por conta da sobrecarga de trabalho. É importante destacar que mesmo não se tratando de ações complexas, quando realizadas adequadamente,

são ações que podem fazer toda a diferença na assistência ao cuidado, garantindo maior segurança para o paciente e, uma melhora significativa nos dados de eventos adversos da instituição.

6 CONCLUSÃO

Em frente ao exposto, embora o cuidado de enfermagem seja baseado na melhoria da vida, conforto, diálogo e o potencial individual de cada sujeito, é preciso estabelecer um eixo teórico e prático, pensado para qualificar a assistência prestada. Portanto, afirma-se que a implementação do protocolo se enquadra nessa visão por ser uma ferramenta teórico-prático que facilita o planejamento do cuidado e, com isso, corrobora a qualidade da assistência individual e coletiva.

Diante da dificuldade de apresentar todo o conhecimento necessário de forma simplificada e atrativa, desenvolver esses protocolos assistenciais para a equipe de enfermagem da UTIN é um grande desafio.

Além de ajudar a avançar na prática de cuidados neonatais em ambientes de cuidados intensivos, os protocolos também podem facilitar a aquisição de conhecimento, pois tem a função de fortalecer a enfermagem na integralidade, e também como norteadora do conhecimento para auxiliar na tomada de decisão.

A intenção do protocolo não é substituir a leitura em livros e artigos científicos, ele é apenas um meio para facilitar as ações. Porém como nenhum material didático é finito, recomenda-se a sua revisão anualmente visando atualizações de acordo com as últimas evidências científicas e novos estudos para avaliar a sua eficácia no setor.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, A. K. de C.; CARVALHO, K. R. C. de; MOREIRA, I. C. C. C. Ocorrência de flebite em acesso venoso. **Enfermagem em foco**, [s.], v. 7, n. 2, p. 37-41, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/792>. Acesso em: 24 abr. 2022.
- BELO, M. P. M.; SILVA, R. A. M. de 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. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, p. 42-48, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100006> . Acesso em: 26 abr. 2022.
- BIAVATI, D. P.; BONIATTI, M. M.; FALCI, D. R. Impacto de uma intervenção eletrônica e educacional na incidência de erros de medicação em uma UTI Neonatal. **Sefic 2018**, [s.], 2018. Disponível em: <https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2018/article/download/929/873>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- BOLELA, F.; JERICÓ, M. de C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery**, [s.], v. 10, p. 301-309, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200019> Acesso em: 12 abr. 2022.
- BORGES, M. dos S.; SILVA, J. L. L. da; ALMEIDA, G. L. de; SANTOS, L. C. G. dos; SOARES, L. M.; REGO, V. T. S. M.; SILVA, J. V. L. da. A Enfermagem na prevenção da flebite ocasionada por medicamentos. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [s.], v. 9, n. 8, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5569>. Acesso em: 26 abr. 2022.
- BRANCO, S. C. **Epidemiologia e o conceito de risco**. Brasília: UNA SUS/UFGA, 2019. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13754/1/Epidemiologia%20e%20Conceito%20de%20Risco.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2022.
- BRASIL. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas**. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Principais Questões sobre Segurança do Cuidado ao Recém-nascido de Risco**, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-promovendo-seguranca-rn/>. Acesso em: 31 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 15. set. 2022

BRASIL. **Resolução COFEN 564/2017**: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 06 dez. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no5642017_59145.html. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>. Acesso em: 08 jun. 2022.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p 348.

CAÇOLA, P.; BOBBIO, T. G. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 28, p. 70-76, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/4c4Swb868T6NpYDxmVPtWhB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2022.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 40, p. 321-328, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LZ8DbpQ84khc4NG9qmykL5b/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 16 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 08 fev. 2007. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/>. Acesso em: 08 jun. 2022.

CORTEZ, E. A.; RIGUETE, G.; SILVA, I. C. M. da; SÁ, S. P. C.; CARMO, T. G. do; CARMO, T. G. do. Aspectos éticos e implicações jurídicas do enfermeiro frente ao preparo e administração de soros e antibióticos: revisão de literatura. **Rev. enferm. UFPE on line**, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 715-722, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33825>. Acesso em: 23 abr. 2022.

COSTA, A. S.; FRANÇA, E. C. P. de; PAULA, R. A. B. de. Atuação do enfermeiro frente à flebite sob o ponto de vista da segurança do paciente. **Revela**, [s.l.], v. 21, p. 60-89, 2017. Disponível em: http://www.fals.com.br/revela/revela026/ed21/ATUACAO_DO_ENFERMEIRO_FRENTE_A_FLEBITE.pdf. Acesso em: 24 abr. 2022.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. **Rev. enferm. UERJ**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 231-235, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-2485>. Acesso em: 23 set. 2022.

DUARTE, S. da C. M.; STIPP, M. A. C.; SILVA, M. M. da; OLIVEIRA, F. T. de. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista brasileira**

de enfermagem, [s.l.], v. 68, p. 144-154, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

FERREIRA, L. A.; MAGALHÃES, F. J.; ROLIM, K. M. C.; SILVA, F. E. J. A. da; SILVA, W. P. G. da; SAMPAIO, R. G.; PINTO, M. M. M.; VASCONCELOS, S. P. de; TEIXEIRA, Á. M.; FREITAS, G. K. L. de A. Intervenções de Enfermagem no uso do PICC em pediatria e neonatologia: evidências científicas. **CIAIQ2018**, [s.l.], v. 2, p. 1423-1428, 2018. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1926/1876>. Acesso em: 18 mar. 2022.

FIALHO, F. A. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 7, p. 2412-2419, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11297/12960#:~:text=Entre%20as%20estrat%C3%A9gias%2C%20destaca%2Dse,protocolos%20e%20dor%2C%20al%C3%A9m%20de>. Acesso: em 24 abr. 2022.

GOMES, A. V. de O.; NASCIMENTO, M. A. de L.; SILVA, L. R. da; SANTANA, K. de C. L. de. Efeitos adversos relacionados ao processo do cateterismo venoso central em unidade intensiva neonatal e pediátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 883-892, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/14432>. Acesso em: 21 abr. 2022.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES (ISMP). **Lista ISMP de Medicamentos de Alta Alerta em Ambientes de Cuidados Agudos**. ISMP; 2018. Disponível em: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2022.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 404-411, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000300013>. Acesso em: 12 abr. 2022.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Erros na assistência à saúde: uma das principais causas de morte e lesões. In: KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro**. National Academies Press (EUA), 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225187/>. Acesso em: 25 jul. 2022.

KRAUZER, I. M.; DALL'AGNOLL, C. M.; GELBCKE, F. L.; LORENZINI, E.; FERRAZ, L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1087.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

LANZILLOTTI, L. da S. Eventos adversos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e sua interferência no óbito neonatal precoce. 2015. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12847>. Acesso em: 25 jul. 2022.

LEMOS, L.; SAKAE, T. M.; CALANDRINI, A. de F. Utilização do acesso venoso central em pacientes entre 0 e 2 anos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica em Tubarão–SC. **Arq Catarin Med**, [s.], v. 37, n. 3, p. 58-65, 2008. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/567.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

LUIZ, O. do C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2339-2348, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100008>. Acesso em 18 mar. 2022.

MARTINS, C. F.; FIALHO, F. A.; DIAS, I. V.; AMARAL, J. A. M. do; FREITAS, S. C. de. Unidade de terapia intensiva neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s.], v. 1, n. 2, p.268-276, 2011. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/44>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 08 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo [recurso eletrônico]**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v3.pdf. Acesso em: 08 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de elaboração: Escopo para Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf. Acesso em: 24 maio 2022.

MONTES, S. F.; TEIXEIRA, J. B. A.; BARBOSA, M. H.; BARICHELLO, E. Ocorrência de complicações relacionadas ao uso de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) em recém-nascidos. **Enfermería global**, [s.], v. 24, n. 4, p. 10-18, 2011. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/137291/124631/522581> Acesso em: 24 abr. 2022.

NOLETO, R. C.; CAMPOS, C. F. Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para garantir a segurança do paciente na unidade de terapia intensiva neonatal. **Facit Business and Technology Journal**, [s.], v. 2, n. 16, 2020. Disponível em: <https://jnt1.websiteseuro.com/index.php/JNT/article/viewFile/605/455>. Acesso em: 25 jul. 2022.

OLIVEIRA, P. C. R.; CABRAL, L. A.; SCHETTINO, R. de C.; RIBEIRO, S. N. S. Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.], v. 24, n. 3, p. 230-235, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000300005>. Acesso em: 24 abr. 2022.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. de A.; SILVA, L. M. S. da; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, [s.], v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/cgFQTChp95c35PvWrp3D4JL/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **Medicamentos falsificados: diretrizes para desenvolvimento de medidas de combate a medicamentos falsificados**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vigilancia_sanitaria/index.php?p=312127. Acesso em: 21 jul. 2022.

PAIM, L.; TRENTINI, M.; MADUREIRA, V. S. F.; STAMM, M. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [s.], v. 13, n. 3, p. 380-386, 2008. Disponível em: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:_7yhXxNuAt8J:scholar.google.com/+pesquisa+convergente+assistencial&hl=pt-BR&as_sdt=0,5. Acesso em 24 maio 2022.

PEDREIRA, M. da L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.], v. 22, n. 4, p. 5-6, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/apel/a/YxKqK7qjLz5cH5Wp45PwcPc/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

PIMENTA, C. A. de M.; LOPES, C. T.; AMORIM, A. F.; NISHI, F. A.; SHIMODA, G. T.; JENSEN, R. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem, 2015. São Paulo: Coren-SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2022.

PINTO, M. M. M.; SOUSA, N. R. de; MARANHÃO, T. S. V.; ROLIM, K. M. C.; MAGALHÃES, F. J.; VASCONCELOS, S. P. de; FROTA, M. de A.; FERNANDES, H. I. M. V. Intervenções de enfermagem na prevenção de extubação não programada em recém-nascidos: bundle de boas práticas. **Enfermagem em Foco**, [s.], v. 10, n. 7, p. 115-120, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2423>. Acesso em: 16 abr. 2022.

REICHERT, A. P. da S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização no cuidado em UTI neonatal. **Rev eletrônica Enferm**, [s.], v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7148> . Acesso em: 12 abr. 2022.

RESENDE, A. L. da C.; SILVA, N. de J.; RESENDE, M. A.; SANTOS, A. A. dos; SOUZA, G. de; SOUZA, H. C. de. A importância da notificação de eventos adversos

frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], n. 39, p. 2222, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2222>. Acesso em: 21 abr. 2022.

RODRIGUES, E. da C. Perdeu a veia: os significados da prática da terapia intravenosa em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Rio de Janeiro. 2008. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/2183ElisadaConceicaoRodrigues.pdf>. Acesso em 23 abr. 2022.

RODRIGUES, E. da C.; CUNHA, S. R.; GOMES, R. "Perdeu a veia": significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 989-999, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6vXTKRgpxTwTY9GvHZnd7H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

SANTOS, A. G. P.; NOVI, B. R.; RAMOS, D. Z.; CRUZ, P. K. R.; PAIXA, P. A.; SILVA, C. S. de O. e; SOUZA, L. P. S. e; RUAS, R. F. B. Gerenciamento dos riscos assistenciais realizado por Enfermeiros em um Pronto Socorro. **Saúde em Revista**, [s.l.], v. 17, n. 45, p. 79-88, 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/3094>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SILVA, A. C. L. da; SANTOS, G. N. dos; AOYAMA, E. de A. A importância da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, [s.l.], v. 2, n.1, p. 49-54, 2020. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/69/63>. Acesso em: 18 mar. 2022.

SILVA, A. T.; ALVES, M. G.; SANCHES, R. S.; TERRA, F. de S.; RESCK, Z. M. R. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em debate**, [s.l.], v. 40, n.111, p. 292-301, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cydBTwCPSdrtHLC4rmwJKvJ/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SILVA, G. D. da; SILVINO, Z. R.; ALMEIDA, V. S. de; QUERIDO, D. L.; DIAS, P. S. C.; CHRISTOVAM, B. P. Erros de medicação em unidades de terapia intensiva neonatal. **Enfermería Global**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 370-399, 2014. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.159961>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SILVA, J. A. S. V.; HINRICHSEN, S. L.; BRAYNER, K. A. C.; VILELLA, T. de A. S.; LEMOS, M. C. Glosas hospitalares e o uso de protocolos assistenciais: revisão integrativa da literatura. **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 66, 2017. Disponível em: <https://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/13/23>. Acesso em: 23 abr. 2022.

SILVA, S. R. P.; ALENCAR, G. T. de; LIMA, H. L. S.; SANTOS, J. B. dos; LIMA, V. M. da S.; VIANA, A. M. D. Assistência de enfermagem na uti neonatal: Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. **Brazilian**

Journal of Health Review, [s.], v. 3, n. 4, p. 9464-9473, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14016>. Acesso em 12 abr. 2022.

SILVA, W. C. R.; WAISBERG, J.; SILVA, G. M. da; ARAÚJO, S. A. N. Indicador de flebite e cuidados de enfermagem em crianças e adolescentes com cateter central de inserção periférica. **Global Academic Nursing Journal**, [s.], v. 1, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/87> Acesso em: 24 abr. 2022.

SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. da G. de O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 231-242, 2004. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23523/000504647.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 abr. 2022.

TAMEZ, R. N. Enfermagem na UTI Neonatal-Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. In: TAMEZ, R. N. **Fundamentos da Administração de Medicamentos**. p. 90. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732567/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

TOMAZONI, A.; ROCHA, P. K.; SOUZA, S. de; ANDERS, J. C.; Malfussi, H. F. C. de. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.], v. 22, p. 755-763, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/WCq8MMvQD6pG5kZnfsdpW3K/abstract/?lang=en>. acesso em: 03 set. 2022.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. da. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, [s.], v. 26, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>. Acesso em: 08 jun. 2022.

VENTURA, M. W. S.; FAÇANHA, A. P. M.; NÉRI, E. D. R.; DIÓGENES, M. da S.; LOPES, E. M. Safety culture in the Neonatal Intensive Care Unit: contributions from the multiprofessional team. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.], 2022, v. 22, n. 2, p. 311-322. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200020007>. Acesso em: 03 set. 2022.

WOODS, D.; THOMAS, E.; HOLL, J.; ALTMAN, S.; BRENNAN, T. Eventos adversos e eventos adversos evitáveis em crianças. **Pediatria**, [s.], v. 115, n. 1, p. 155-160, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0410>. Acesso em: 25 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The International Classification for Patient Safety (ICPS): Taxonomy: more than words**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acesso em: 23 abr. 2022.

ANEXOS

ANEXO A - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN

PROTOCOLO ASSISTENCIAL		
Nome do Procedimento: Protocolo para prevenção de extubação acidental no cuidado a RNs internados em UTIN	Data da aprovação	
Elaborado por: Jordana Moraes Pozza e Marina Grandi	Data da validação	
Aprovador por: Laís Pasini	Páginas	

1. DEFINIÇÃO

Um número considerável de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são afetados negativamente em casos de má execução de procedimentos de saúde diariamente, acarretando em graves consequências. Diante disso, baseados na literatura, foram abordadas intervenções de enfermagem referentes à prevenção de extubação acidental no cuidado a RNs internados em UTIN, visto que este risco assistencial ainda se mostra prevalente nesse ambiente hospitalar.

O protocolo tem o intuito de padronizar o atendimento ao RN diante de procedimentos realizados dentro das UTINs.

2. OBJETIVO

Prevenir riscos de extubação acidental através de práticas assistenciais direcionadas a presença do evento.

3. EQUIPE ENVOLVIDA

Equipe de enfermagem.

4. ANALISADOR

Enfermeiro.

5. LOCAL DE IMPLEMENTAÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

6. POPULAÇÃO ALVO

Crianças de até 28 dias e/ou que tenham indicação de transferência para outro setor ou condições de alta hospitalar, que necessitam de cuidados em UTIN, de ambos os gêneros e de todo o território nacional.

7. RISCO ASSISTENCIAL

Extubação acidental

Pode-se definir a extubação acidental como resultado inesperado e não planejado diante do manuseio incorreto da equipe de saúde, ou pelo próprio paciente em um momento de agitação. A avaliação da extubação acidental considera alguns sinais característicos para identificação do evento, como deslocamento do tubo, vocalização presente, escape de ar súbito e inexplicável, distensão gástrica, cianose ou diminuição de saturação periférica de oxigênio repentina, e ausência de movimentos respiratórios e/ou de entrada de ar nos pulmões

As principais complicações para esse evento incluem falhas respiratórias, riscos associados à reintubação, aumento da duração da ventilação mecânica (VM) e do tempo de internação, hipóxia, pneumotórax, pneumonia secundária, displasia broncopulmonar, trauma de vias aéreas superiores e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor.

8. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Selecionar cânula endotraqueal de acordo com o peso e a idade gestacional do recém-nascido;
- Monitorar as secreções pulmonares para quantidade, cor e consistência e documentar regularmente os achados;
- Monitorar para detecção de lesão da mucosa de tecido oral, nasal, traqueal ou laríngeo decorrente de pressão de vias aéreas artificiais, altas pressões do manguito ou extubações não planejadas;
- Utilizar suportes de tubo comercializados em vez de esparadrapo ou cordas para fixar as vias respiratórias artificiais para evitar extubações acidentais;
- Manter equipamento de emergência à beira do leito em todos os momentos (p. ex., bolsa de reanimação manual conectada a máscaras de oxigênio, equipamento/suprimentos de aspiração), incluindo preparações para falhas de energia;
- Verificar todas as conexões de ventilação regularmente.¹

¹ OLIVEIRA, P. C. R.; CABRAL, L. A.; SCHETTINO, R. de C.; RIBEIRO, S. N. S. Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 24, n. 3, p. 230-235, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000300005>. Acesso em: 24 abr. 2022.

ANEXO B - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE FLEBITE EM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN

PROTOCOLO ASSISTENCIAL		
Nome do Procedimento: Protocolo para prevenção de Flebite em Acesso Venoso Periférico no cuidado a RNs internados em UTIN	Data da aprovação	
Elaborado por: Jordana Moraes Pozza e Marina Grandi	Data da validação	
Aprovador por: Laís Pasini	Páginas	

1. DEFINIÇÃO

Um número considerável de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são afetados negativamente em casos de má execução de procedimentos de saúde diariamente, acarretando em graves consequências. Diante disso, baseados na literatura, foram abordadas intervenções de enfermagem referentes à prevenção de Flebite em Acesso Venoso Periférico no cuidado a RNs internados em UTIN, visto que este risco assistencial ainda se mostra prevalente nesse ambiente hospitalar.

O protocolo tem o intuito de padronizar o atendimento ao RN diante de procedimentos realizados dentro das UTINs.

2. OBJETIVO

Prevenir riscos de flebite em acesso venoso periférico através de práticas assistenciais direcionadas a presença do evento.

3. EQUIPE ENVOLVIDA

Equipe de enfermagem.

4. ANALISADOR

Enfermeiro.

5. LOCAL DE IMPLEMENTAÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

6. POPULAÇÃO ALVO

Crianças de até 28 dias e/ou que tenham indicação de transferência para outro setor ou condições de alta hospitalar, que necessitam de cuidados em UTIN, de ambos os gêneros e de todo o território nacional.

7. RISCO ASSISTENCIAL

Flebite em Acesso Venoso Periférico

Caracteriza-se como flebite o processo inflamatório da camada íntima das veias, causado por irritação mecânica, química ou infecções bacterianas. As manifestações características da flebite incluem dor, edema, hiperemia local e calor e, em caso de evolução do processo, pode também surgir cordão fibroso palpável, aumento da temperatura basal e, em casos infecciosos, secreção purulenta no sítio de inserção do cateter.

Esse processo inflamatório tem como fatores relacionados o tipo de cateter, a terapia administrada, as doenças, o tempo de permanência, a escolha do local de punção, a técnica de inserção e o conhecimento técnico-científico.

8. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM²

- Lavar as mãos;
- Utilizar luvas de procedimento;
- Proceder com técnica asséptica estrita;
- Substituir a cânula EV, equipo e material de infusão a cada 48 a 72 horas, de acordo com o protocolo da instituição;
- Monitorar para sinais e sintomas associados com flebite pela infusão e infecção local (dor, calor, rubor e edema);
- Monitorar os sinais vitais (focar em temperatura axilar e frequência cardíaca).

² BARBOSA, A. K. de C.; CARVALHO, K. R. C. de; MOREIRA, I. C. C. C. Ocorrência de flebite em acesso venoso. **Enfermagem em foco**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 37-41, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/792>. Acesso em: 24 abr. 2022.

COSTA, A. S.; FRANÇA, E. C. P. de; PAULA, R. A. B. de. Atuação do enfermeiro frente à flebite sob o ponto de vista da segurança do paciente. **Revela**, [s.l.], v. 21, p. 60-89, 2017. Disponível em: [http://www.fals.com.br/revela/revela026/ed21/ATUACAO_DO_ENFERMEIRO_FRENTE_A_FLEBIT E.pdf](http://www.fals.com.br/revela/revela026/ed21/ATUACAO_DO_ENFERMEIRO_FRENTE_A_FLEBIT_E.pdf). Acesso em: 24 abr. 2022.

TAMEZ, R. N. Enfermagem na UTI Neonatal-Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. *In*: TAMEZ, R. N. **Fundamentos da Administração de Medicamentos**. p. 90. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017. E-book. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732567/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p 348.

ANEXO C - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE FLEBITE EM ACESSO VENOSO CENTRAL NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN

PROTOCOLO ASSISTENCIAL		
Nome do Procedimento: Protocolo para prevenção de Flebite em Acesso Venoso Central no cuidado a RNs internados em UTIN	Data da aprovação	
Elaborado por: Jordana Moraes Pozza e Marina Grandi	Data da validação	
Aprovador por: Laís Pasini	Páginas	

1. DEFINIÇÃO

Um número considerável de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são afetados negativamente em casos de má execução de procedimentos de saúde diariamente, acarretando em graves consequências. Diante disso, baseados na literatura, foram abordadas intervenções de enfermagem referentes à prevenção de Flebite em Acesso Venoso Central no cuidado a RNs internados em UTIN, visto que este risco assistencial ainda se mostra prevalente nesse ambiente hospitalar.

O protocolo tem o intuito de padronizar o atendimento ao RN diante de procedimentos realizados dentro das UTINs.

2. OBJETIVO

Prevenir riscos de flebite em acesso venoso periférico através de práticas assistenciais direcionadas a presença do evento.

3. EQUIPE ENVOLVIDA

Equipe de enfermagem.

4. ANALISADOR

Enfermeiro.

5. LOCAL DE IMPLEMENTAÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

6. POPULAÇÃO ALVO

Crianças de até 28 dias e/ou que tenham indicação de transferência para outro setor ou condições de alta hospitalar, que necessitam de cuidados em UTIN, de ambos os gêneros e de todo o território nacional.

7. RISCO ASSISTENCIAL

Flebite em Acesso Venoso Central

As principais indicações para Acesso Venoso Central (AVC) incluem: necessidade de administração rápida de líquidos e sangue; administração de medicamentos vasoativos, medicamentos irritantes (quimioterapia); administração de nutrição parenteral (NPT); monitoramento da pressão venosa central (PVC); acesso durante a parada cardiorrespiratória (PCR); em procedimentos de hemodiálise; e na necessidade de acessos venosos de longa permanência.

O AVC pode ser causa de complicações, aquelas decorrentes da introdução do cateter, pode-se mencionar: arritmias; pneumotórax; lesão arterial (incluindo punção de artéria carótida); lesão nervos; embolia gasosa; hemotórax; lesão de ducto torácico; hidrotórax (pelo mau posicionamento do cateter o líquido infundido será acumulado no espaço pleural); sangramento; tamponamento cardíaco; entre outros.

8. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM³

- Lavar as mãos;
- Usar luvas de procedimento (não é necessário que sejam estéreis);
- Friccionar a conexão que será desconectada com solução antisséptica por 15 segundos, e aguardar até que a solução desinfetante seque (15 segundos);
- Monitorar para sinais e sintomas associados com flebite pela infusão e infecção local.

³ LEMOS, L.; SAKAE, T. M.; CALANDRINI, A. de F. Utilização do acesso venoso central em pacientes entre 0 e 2 anos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica em Tubarão–SC. **Arq Catarin Med**, [s.], v. 37, n. 3, p. 58-65, 2008. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/567.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.
TAMEZ, R. N. Enfermagem na UTI Neonatal-Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. *In*: TAMEZ, R. N. **Fundamentos da Administração de Medicamentos**. p. 90. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017. E-book. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732567/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

ANEXO D - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE PERDA DE PICC NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN

PROTOCOLO ASSISTENCIAL		
Nome do Procedimento: Protocolo para prevenção de perda de PICC no cuidado a RNs internados em UTIN	Data da aprovação	
Elaborado por: Jordana Moraes Pozza e Marina Grandi	Data da validação	
Aprovador por: Laís Pasini	Páginas	

1. DEFINIÇÃO

Um número considerável de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são afetados negativamente em casos de má execução de procedimentos de saúde diariamente, acarretando em graves consequências. Diante disso, baseados na literatura, foram abordadas intervenções de enfermagem referentes à prevenção de perda de PICC no cuidado a RNs internados em UTIN, visto que este risco assistencial ainda se mostra prevalente nesse ambiente hospitalar.

O protocolo tem o intuito de padronizar o atendimento ao RN diante de procedimentos realizados dentro das UTINs.

2. OBJETIVO

Prevenir riscos de perda de PICC através de práticas assistenciais direcionadas a presença do evento.

3. EQUIPE ENVOLVIDA

Equipe de enfermagem.

4. ANALISADOR

Enfermeiro.

5. LOCAL DE IMPLEMENTAÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

6. POPULAÇÃO ALVO

Crianças de até 28 dias e/ou que tenham indicação de transferência para outro setor ou condições de alta hospitalar, que necessitam de cuidados em UTIN, de ambos os gêneros e de todo o território nacional.

7. RISCO ASSISTENCIAL

Perda de PICC (Cateter Central de Inserção Periférica)

O PICC tem sido cada vez mais recomendado em UTIN, suas vantagens estão relacionadas à possibilidade de suporte nutricional via parenteral em altas concentrações; à administração segura de líquidos e à possibilidade de mantê-los por períodos prolongados, evitando o estresse e o desconforto de repetidas punções.

Os efeitos adversos relacionados à inserção do PICC mais frequentes foram o mau posicionamento do cateter, a punção arterial e o pneumotórax; aqueles relacionados à manutenção foram infecção local, obstrução e infiltração. Além disso, podem ocorrer complicações graves em conexão com a introdução do cateter, por exemplo, derrames pleurais e pericárdicos, tamponamento, insuficiência cardíaca, perfusão miocárdica, arritmia, deslocamento de cateter, trombose, doença vascular, bacteremia, endocardite, sepse, embolia pulmonar e migração do cateter.

8. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Escolher um cateter de tamanho e tipo apropriados que atinja as necessidades do paciente;
- Lavar as mãos e utilizar paramentação estéril;
- Preparar o sítio para a inserção, de acordo com o protocolo da instituição;
- Inserir o cateter utilizando a técnica estéril e de acordo com as instruções do fabricante e o protocolo da instituição;
- Monitorar para sinais de flebite (p. ex., dor, vermelhidão, pele quente, edema);
- Prender o cateter e aplicar um curativo estéril transparente, de acordo com o protocolo da instituição.⁴

⁴ GOMES, A. V. de O.; NASCIMENTO, M. A. de L.; SILVA, L. R. da; SANTANA, K. de C. L. de. Efeitos adversos relacionados ao processo do cateterismo venoso central em unidade intensiva neonatal e pediátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 883-892, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/14432>. Acesso em: 21 abr. 2022.
 MONTES, S. F.; TEIXEIRA, J. B. A.; BARBOSA, M. H.; BARICHELLO, E. Ocorrência de complicações relacionadas ao uso de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) em recém-nascidos. Enfermería global, [s.l.], v. 24, n. 4, p. 10-18, 2011. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/137291/124631/522581> Acesso em: 24 abr. 2022.
 RODRIGUES, E. da C.; CUNHA, S. R.; GOMES, R. "Perdeu a veia": significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 989-999, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/6vXTKRgpxTwTY9GvHZnd7H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

TAMEZ, R. N. Enfermagem na UTI Neonatal-Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. In: TAMEZ, R. N. Fundamentos da Administração de Medicamentos. p. 90. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017. E-book. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732567/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p 348.

ANEXO E - PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ERRO DE MEDICAÇÃO NO CUIDADO A RNS INTERNADOS EM UTIN

PROTOCOLO ASSISTENCIAL		
Nome do Procedimento: Protocolo para prevenção de erro de medicação no cuidado a RNs internados em UTIN	Data da aprovação	
Elaborado por: Jordana Moraes Pozza e Marina Grandi	Data da validação	
Aprovador por: Laís Pasini	Páginas	

1. DEFINIÇÃO

Um número considerável de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são afetados negativamente em casos de má execução de procedimentos de saúde diariamente, acarretando em graves consequências. Diante disso, baseados na literatura, foram abordadas intervenções de enfermagem referentes à prevenção erro de medicação no cuidado a RNs internados em UTIN, visto que este risco assistencial ainda se mostra prevalente nesse ambiente hospitalar.

O protocolo tem o intuito de padronizar o atendimento ao RN diante de procedimentos realizados dentro das UTINs.

2. OBJETIVO

Prevenir riscos de erros de medicação através de práticas assistenciais direcionadas a presença do evento.

3. EQUIPE ENVOLVIDA

Equipe de enfermagem.

4. ANALISADOR

Enfermeiro.

5. LOCAL DE IMPLEMENTAÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

6. POPULAÇÃO ALVO

Crianças de até 28 dias e/ou que tenham indicação de transferência para outro setor ou condições de alta hospitalar, que necessitam de cuidados em UTIN, de ambos os gêneros e de todo o território nacional.

7. RISCO ASSISTENCIAL

Erro de medicação

A *American Society of Hospital Pharmacists* (ASHP) classifica os erros em: erros de prescrição; erros de omissão; erros de programação; erros de medicação não autorizada; erros de dosagem; erros de medicação; erros de administração; erros de corrupção de medicamentos (são medicamentos falsificados deliberados fraudulentamente rotulados de forma incorreta, com relação a identificação e/ou fonte); erros de monitoramento; erros de conformidade e outros erros. As causas dos erros são multifatoriais e podem estar relacionadas a fatores ambientais, psicológicos, fisiológicos, organizacionais.

8. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Atentar para a técnica de administração;
- Atentar para falhas na comunicação com o paciente;
- Atentar para falhas na identificação do paciente (manter placa de identificação sempre atualizada);
- Atentar para falhas na técnica de segurança;
- Separar medicação sempre conferindo com a prescrição médica;
- Checar a medicação sempre conferindo com a prescrição médica;
- Nunca checar a medicação antes de medicar;
- Preparar a medicação próximo ao tempo de uso conforme prescrição médica;
- Atentar para falhas na identificação do material e do medicamento;
- Evitar interrupções durante o preparo das medicações;
- Proporcionar ambientes com mínimo de ruídos para preparo das medicações;
- Proporcionar ambientes com boa iluminação para preparo das medicações;
- Manter organizado o local de preparo das medicações;
- Seguir as etapas de preparo das medicações conforme o padrão estabelecido pela instituição;
- Solicitar auxílio a outro profissional quando dúvida sobre o nome e/ou alguma especificidade do medicamento;
- Atentar para a troca da via de administração prescrita;

- Atentar para sinais de reações adversas (ex.: urticária, taquicardia, rush cutâneo).⁵

⁵ MIASSO, A. I.; SILVA, A. E. B. de C.; CASSIANI, S. H. de B.; GROU, C. R.; OLIVEIRA, R. C. de; FAKIH, F. T. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 354-363, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300008>. Acesso em: 13 set. 2022.

SILVA, G. D. da; SILVINO, Z. R.; ALMEIDA, V. S. de; QUERIDO, D. L.; DIAS, P. S. C.; CHRISTOVAM, B. P. Erros de medicação em unidades de terapia intensiva neonatal. **Enfermería Global**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 370-399, 2014. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.159961>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SILVA, S. R. P.; ALENCAR, G. T. de; LIMA, H. L. S.; SANTOS, J. B. dos; LIMA, V. M. da S.; VIANA, A. M. D. Assistência de enfermagem na uti neonatal: Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. **Brazilian Journal of Health Review**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 9464-9473, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14016>. Acesso em 12 abr. 2022.