



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GABRIELLE DO NASCIMENTO SILVA
GRACIELE LIRA DOS SANTOS

**A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO QUANTO A UTILIZAÇÃO DA SAE
AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO ATENDIDO NA UNIDADE DE
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PARÁ**

Itaituba – Pará

2020

GABRIELLE DO NASCIMENTO SILVA
GRACIELE LIRA DOS SANTOS

**A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO QUANTO A UTILIZAÇÃO DA SAE
AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO ATENDIDO NA UNIDADE DE
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Cleidiane de Jesus Silva

Itaituba – Pará
2020

SILVA, Gabrielle do Nascimento

SANTOS, Graciele Lira dos

A percepção do enfermeiro quanto a utilização da SAE ao recém-nascido prematuro atendido na unidade de cuidados intermediários do Município de Itaituba, Pará / Gabrielle do Nascimento Silva e Graciele Lira dos Santos. Itaituba: FAI, 2020.

56 f.:il.

Orientador: Profª. Esp. Clediane de Jesus Silva

Trabalho de conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2020.

1. Assistência 2. Sistematização. I. Orientador: Silva, Cleidiane de Jesus. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2020.

GABRIELLE DO NASCIMENTO SILVA
GRACIELE LIRA DOS SANTOS

**A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO QUANTO A UTILIZAÇÃO DA SAE
AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO ATENDIDO NA UNIDADE DE
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Esp. Cleidiane de Jesus Silva

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Cleidiane de Jesus Silva Nota: 100
Profª. Esp. Cleidiane de Jesus Silva

Avaliador(a): Raimison Antônio de Abreu Nota: 100
Prof. Esp. Raimison Antônio de Abreu

Avaliador(a): Roberto Limenza Barros Júnior Nota: 100
Prof. Esp. Roberto Limenza Barros Júnior

Resultado: Aprovadas Média: 100

Data: 21 de março de 2020.

*A Deus hoje e sempre, a nossa
família, aos amigos, professores e
especialmente a nós.*

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a Deus, em primeiro lugar, por ter nos guiado e fortalecido para chegar até aqui, pois em diversas vezes nos vimos incapazes de prosseguir, mas nunca nos faltou fé e nossa esperança a cada dia foi renovada.

A nossa família, em especial minha mãe **Francinete**, que não medindo esforços, me oportunizou realizar este curso, sendo sempre uma fonte de incentivo **(G.N.S)**.

Ao meu namorado **Vinícius**, que sempre esteve ao meu lado, se dispoondo a ajudar no que fosse necessário **(G.N.S)**.

As minhas amigas **Rafaela, Amanda e Sabrina**, que sempre estiveram comigo, vivenciando juntas esta trajetória, e a todos que de alguma forma me ajudaram e acreditaram em mim **(G.N.S)**

Aos meus Pais **Adilsom e Gracenilda** por serem meus exemplos de vida, meus incentivadores, por se manterem firmes junto a mim mesmo quando a situação ficou difícil **(G.L.S)**

Ao meu lindo filho **Álexy Miguel** que foi o meu principal motivo na escolha desse tema, ao meu amigo e namorado **Alexey** por sempre acreditar e estender a mão quando eu precisei **(G.L.S)**

A todos os meus irmãos e irmãs, em especial minha irmã **Graciene** que nunca me abandonou e sempre me ofereceu conforto e cuidados, meu cunhado **Gilson** que sempre incentivou meu estudo **(G.L.S)**

A todos os amigos que a vida academica me deu em especial aos melhores amigos desse mundo **Diogo e Bruno** pelo cuidado atenção e carinho **(G.L.S)**

Agradecemos ao corpo docente da faculdade, em especial a **Enfª Tamires Sheyenne** que foi nossa primeira orientadora e peça fundamental para iniciarmos este projeto, a **Enfª Thalyta Mariany** que nos encontrou no meio deste caminho e não se absteve de nos ajudar e dar apoio e a nossa excelente orientadora, **Enfª Cleidiane de Jesus** que nos acolheu desde o início, e que apesar de todas as dificuldades vividas, sempre dedicou-se a atender as nossas necessidades e nos encorajar até o último momento.

Palavras são, na minha humilde opinião, nossa inesgotável fonte de magia. Capazes de formar grandes sofrimentos e também de remediá-los.

Alvo Dumbledore

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Classificação de prematuridade.	15
Figura 02 - A SAE conforme definição da Resolução 5 COFEN 358/2009.	24
Figura 03 - Etapas do Processo de Enfermagem.....	27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01-	Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária.....	35
Gráfico 02-	Distribuição da amostra de acordo com o tempo de formação profissional (coluna amarela) e tempo de serviço na UCI (coluna azul).....	36
Gráfico 03-	Distribuição da amostra de acordo com a condição de serviço sendo efetivo (azul) e temporário (laranja).....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Distribuição de dados conforme a especialização atual e as que ainda se encontram em andamento.....	38
Quadro 02 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a assistência de enfermagem prestada aos RNs prematuros na UCI do HMI.....	39
Quadro 03 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a existência de um protocolo de cuidados aplicado pelos enfermeiros na realização da assistência.....	41
Quadro 04 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto ao entendimento sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).....	42
Quadro 05 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a importância da aplicação da SAE e do Processo de Enfermagem no atendimento ao RNPT.....	44
Quadro 06 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a utilização da SAE na unidade de serviço que trabalham.....	45
Quadro 07 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a utilização da SAE e PE de forma individual na assistência ao recém-nascido prematuro.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem.

HMI – Hospital Municipal de Itaituba.

IG – Idade Gestacional.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PE – Processo de Enfermagem.

POP's – Programas Operacionais Padrões.

RN - Recém-Nascido.

RNPT - Recém-Nascido Pré-termo.

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

RESUMO

O Recém-Nascido pré-termo é aquele que seu nascimento ocorre com menos de 37 semanas completas de gestação. Em função da prematuridade, esses recém-nascidos geralmente são encaminhados a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Entretanto, muitas unidades de saúde não possuem ainda este setor, contando apenas com as Unidades de Cuidados Intermediários (UCI), onde o enfermeiro precisa dedicar-se a assistência com os recursos que ali possui. A SAE é a principal ferramenta de melhoria da qualidade da assistência e fortalecimento da profissão, pois está fundamentada nas teorias de enfermagem e possibilita a organização do ambiente de trabalho. O presente estudo visou investigar a percepção do enfermeiro acerca da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado prestado ao recém-nascido prematuro, na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) do Município de Itaituba, Pará. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo, onde os dados foram obtidos por meio de questionário. Foi possível constatar que as enfermeiras pesquisadas possuem um conhecimento prévio sobre o conceito de SAE, e reconhecem o valor da mesma como um importante instrumento no cuidar da enfermagem; mostrou-se imprescindível a necessidade de aprofundamento do conhecimento científico dos enfermeiros através de incentivo e implantação de rotinas que promovam a utilização de métodos técnico/científico, considerando que o conhecimento e entendimento da temática em questão, tem a trazer grandes benefícios, tanto ao profissional quanto ao paciente.

Palavras chaves: Enfermagem. Prematuridade. Assistência. Sistematização.

ABSTRACT

The preterm newborn is one whose birth occurs less than 37 complete weeks of gestation. Due to prematurity, these newborns are usually referred to the Neonatal Intensive Care Unit. However, many health units do not yet have this sector, relying only on Intermediate Care Units (ICU), where nurses need to dedicate themselves to assistance with the resources they have there. SAE is the main tool for improving the quality of care and strengthening the profession, as it is based on nursing theories and allows the organization of the work environment. This study aimed to investigate the perception of nurses about the use of Nursing Care Systematization (SAE) in the care provided to premature newborns, in the Intermediate Care Unit (ICU) in the municipality of Itaituba, Pá. It is a field research, with a quantitative and qualitative approach, of a descriptive character, where the data were obtained through a questionnaire. It was possible to verify that the nurses surveyed have previous knowledge about the concept of SAE, and recognize its value as an important instrument in nursing care; it was essential to deepen the scientific knowledge of nurses through encouragement and implementation of routines that promote the use of technical / scientific methods, considering that the knowledge and understanding of the subject in question has great benefits for both professionals as for the patient.

Keywords: Nursing. Prematurity. Assistance. Systematization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO	15
2.2 EPIDEMIOLOGIA DA PREMATURIDADE NO BRASIL	16
2.3 FATORES DE RISCO DA PREMATURIDADE	16
2.4 A UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	19
2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO	20
2.6 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	22
2.7 O PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)	25
3 METODOLOGIA	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 ÁREA DE ESTUDO	30
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	31
3.5 COLETA DE DADOS	31
3.6 ANÁLISE DE DADOS	32
3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	32
3.8 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE	58

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que um (01) em cada 10 bebês tendem a ser prematuros em todo mundo, e o Brasil encontra-se entre os 10 países com maior número de partos prematuros (OMS, 2012). A prematuridade ainda é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo considerada um problema de saúde pública (VENTURI, 2015).

A fragilidade do recém-nascido prematuro e a morbidade aumentada exigem a hospitalização do mesmo em uma unidade de cuidados intensivos logo após o seu nascimento, onde será prestada a assistência de enfermagem com um olhar mais apurado, afim de garantir sua sobrevivência e evitar a ocorrência de sequelas em longo prazo (SILVA *et al.*, 2016).

No âmbito da enfermagem, exige-se a atuação de profissionais comprometidos e capacitados, que devem conciliar a habilidade técnica e agilidade, com a sensibilidade de perceber as necessidades individuais de cada neonato (KLOCK; ERDMANN, 2012). De acordo com Maria; Quadros e Grassi (2012), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilita a identificação das prioridades de cada paciente, propiciando assim, um direcionamento para as intervenções de enfermagem.

Apesar de ser obrigatória no serviço de saúde de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358 de 2009, a SAE encontra-se incorporada à prática profissional somente em algumas instituições, e atualmente têm-se demandas que requerem o seu aprimoramento. Visto que, a SAE é um instrumento organizacional de base pautada na ciência, a falta da mesma pode ocasionar desordem no cuidado, trazendo para a enfermagem a visão de uma assistência deficitária e despida de cientificidade (TRUPPEL *et al.*, 2009).

A partir de vivências acadêmicas, em estágio e aula prática, no setor neonatal do Hospital Municipal de Itaituba-PA, tornou-se possível observar a assistência de enfermagem prestada aos neonatos prematuros na UCI, e como a mesma necessita ser realizada de forma ágil, eficiente e principalmente organizada, surgindo assim, o seguinte questionamento: Qual a percepção do enfermeiro, acerca da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado prestado ao recém-nascido prematuro, na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) de Itaituba?

Neste sentido, o presente estudo visou investigar a percepção do enfermeiro acerca da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no

cuidado prestado ao recém-nascido prematuro, em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI). Especificamente buscando caracterizar o perfil sociodemográfico do enfermeiro atuante na UCI do Hospital Público de Itaituba, descrever a assistência de enfermagem prestada ao RNPT e investigar a utilização da SAE no desenvolver dos cuidados de enfermagem na UCI.

A relevância desta pesquisa, se dá pela grande necessidade da percepção do profissional enfermeiro, acerca do desenvolvimento de uma assistência sistematizada, proporcionando uma autoanálise e gerando expansão de conhecimento científico, contribuindo para melhoria e/ou manutenção do atendimento humanizado, que refletirá diretamente na qualidade de vida do cliente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

É considerado prematuro, o recém-nascido com idade gestacional menor que 37 semanas ou 259 dias de gestação, sendo assim, quanto menor a idade gestacional maior o risco de mortalidade e sequelas, devido à formação incompleta e a imaturidade dos órgãos, bem como, a exposição precoce do mesmo à vida extrauterina. Ao nascer, o RN apresenta maturidade compatível a sua idade gestacional, sendo assim, os RNPT, especialmente com IG ≤ 34 semanas apresentam indicadores de risco para o seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Segundo o Manual de Neonatologia, se classificam como a termo neonatos entre 37 a 41 semanas ou 259 dias completos. A definição dos limites (inferior e superior) de idade gestacional do parto prematuro é geralmente variável. Pois a maior parte dos países baseia suas taxas de prematuridade somente em números de partos de bebês que sobrevivem e excluem natimortos. Alguns países só incluem como parto de nascidos vivos aqueles ocorridos acima de um ponto de corte específico como, por exemplo, 22 semanas de idade gestacional (OMS, 2015).

Classificação segundo a Idade Gestacional (IG)
Pós-termo: 42 semanas ou mais
A termo: 37 – 41 semanas
Prematuro leve: 34 – 36 semanas
Prematuro moderado: 30 – 33 semanas
Prematuro extremo: 26 – 29 semanas
Prematuro muito extremo: 23 – 25 semanas

Figura 01 - Classificação de prematuridade. Fonte: Szczesny (2016).

Afim de melhor entendimento Fleck (2011), classifica prematuros em limites, moderados e extremos segundo peso e IG da seguinte forma: relacionado à idade gestacional, estão àqueles nascidos antes das 37 semanas completas sendo caracterizados como prematuros limites. Há também os prematuros moderados variantes de 31 a 36 semanas e os prematuros extremos que nascem entre 24 e 30 semanas. Com relação ao peso: Baixo peso indica inferior a 2.500g, muito baixo peso equivale a inferior a 1.500g e extremo baixo peso inferior a 1.000g.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA PREMATURIDADE NO BRASIL

O Relatório de Ação Global da OMS sobre Prematuridade, indicou que a cada ano 15 milhões de bebês nascidos são prematuros e este número estaria se elevando com o passar dos anos (OMS, 2012). Segundo dados de Brasil (2011) a prematuridade é afirmada como a principal causa de morte de crianças no primeiro mês de vida. Atualmente a taxa brasileira de mortalidade de crianças abaixo de 1 ano é de 16/1000 nascidos vivos. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa afirma que cerca de 70% das mortes acontecem nos primeiros 28 dias de nascimento (RIPSa, 2009).

Apontado pelo Ministério da Saúde, o Brasil encontra-se em meio aos 10 países que se tem registrado maior número de partos prematuros, onde cerca de 280 mil bebês por ano (9,2% do total) nascem antes de completar às 37 semanas de gestação, que de acordo com o estabelecido, o feto já possuiria condições de uma vida extrauterina (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Conforme explana Matijasevich *et al.* (2013) no Brasil, o número de nascimentos prematuros era de 6% em 2000 e aumentou para 10% em 2011, com incremento atribuído principalmente aos recém-nascidos de 34 a 36 semanas de gestação.

No Brasil 7,2% dos nascidos vivos foram pré-termo em 2010, variando entre 5,6% e 8,2% nas regiões Norte e Sudeste. Vem sendo registrado aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer em capitais e cidades de maior porte no País, como Rio de Janeiro (12%) e Pelotas (16%), o que tem sido fonte de grande preocupação (BRASIL, 2011a).

Dados da OMS através de Brasil (2012), evidenciam 15 milhões de nascimentos prematuros no mundo e que o Brasil ocupa a 10ª posição no ranking com registros de 279,3 mil partos prematuros anualmente, ou seja 9,2% bebês prematuros a cada 100 nascimentos. E a prevalência de partos de crianças prematuras no país chega a 11,7% em relação a todos os outros partos realizados no mesmo período (SILVEIRA *et al.*, 2013).

2.3 FATORES DE RISCO DA PREMATURIDADE

A definição de gravidez pré-termo é aquela cuja idade gestacional situa-se entre 22 e 37 semanas. Nesse período, o trabalho de parto é caracterizado pela

presença de contrações frequentes (uma entre 5 a 8 minutos) acompanhadas de modificações cervicais sinalizadas por dilatação maior que 2,0 cm e/ou apagamento do colo uterino maior que 50% (BRASIL, 2010).

A ocorrência de mais de cinco contrações por hora, a dilatação do colo, o vazamento repentino de fluido claro da vagina, a sensação de dor durante a micção devido à provável infecção do trato urinário, bexiga e rins, ou ainda o sangramento vaginal vermelho brilhante, dor lombar persistente e pressão pélvica intensa são considerados como trabalho de parto prematuro (TPP). O TPP ainda é considerado um desafio na obstetrícia, não havendo causas certas de sua ocorrência. A sua etiologia pode ser espontânea (membranas íntegras ou não) e por razões maternas ou fetais (DÓRIA, 2011).

De acordo com Assunção *et al.* (2012), os fatores que envolvem a ocorrência de um parto prematuro estão inter-relacionados, caracterizados por problemas na preconcepção ou durante a gestação, aspectos ambientais e sociais, e altos índices de cesárias sem indicação antes da maturidade fetal.

Para Nettina (2007), dentre os fatores de risco para um parto prematuro, encontram-se o histórico de parto prematuro, abortos ou biopsia em cone, gestação múltipla, idade materna avançada, anomalias no aparelho genital, sangramentos no 1º trimestre, má-formação fetal ou placentária, pré-natal deficiente, tabagismo e alcoolismo.

O Ministério da Saúde destaca ainda como principais fatores de risco, o parto prematuro prévio, história materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre, comprimento cervical <3.0 cm, baixo nível socioeconômico, idade materna <15 anos ou >40 anos, complicações maternas (clínicas ou obstétricas), atividade física aumentada, tabagismo, uso de cocaína, ausência de controle pré-natal, situações de alto estresse, gestação múltipla, crescimento intrauterino restrito, anomalias congênitas, polidrâmnio, rotura prematura de membranas pré-termo, descolamento de placenta, presença de DIU, mioma (particularmente submucoso ou subplacentário), anomalias uterinas, insuficiência istmo-cervical, infecções maternas, síndrome antifosfolípide, trauma e cirurgia (BRASIL, 2010).

O parto pré-termo traz consigo um marcador para desfechos neonatais adversos, sua crescente incidência também preocupa os governos em todo o mundo, pois resulta de um conjunto de fatores inter-relacionados e traz, anualmente, aos países um alto custo social e econômico, uma vez que impacta significativamente na

mortalidade infantil e na qualidade de vida dos que sobrevivem com sequelas (SILVEIRA *et al.*, 2013).

O Relatório de Ação Global da OMS sobre Prematuridade, indicou que a cada ano 15 milhões de bebês nascidos são prematuros e este número estaria se elevando com o passar dos anos (OMS, 2012).

Através de uma revisão dos estudos do Brasil sobre a evolução do nascimento pré-termo no país, Silveira *et al.* (2009), encontraram entre os fatores de risco para nascimento pré-termo o baixo peso materno pré-gestacional, alta idade materna para a concepção, história prévia de aborto, uso de drogas lícitas e ilícitas, ganho de peso inadequado ou insuficiente para gestação, sangramento vaginal provenientes de infecção do trato geniturinário e cinco ou menos consultas no pré-natal, stress materno, baixa escolaridade materna, podendo também se associar à baixa qualidade da assistência pré-natal, falhando no controle de infecções que levam à ruptura prematura das membranas.

A imaturidade no RNPT, o leva a sofrer disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal, além de comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento (BETTIOL *et al.*, 2010). É nessa fase onde ocorre um aumento considerável de casos de mortalidade neonatal imediata e tardia (SILVA *et al.*, 2016).

A prematuridade já é considerada um problema de saúde pública, típico de países subdesenvolvidos em razão das taxas de morbimortalidade infantil que tem aumentado, pois a situação fisiológica em que o prematuro se encontra exige um ambiente dotado de alta tecnologia e maciça oferta de cuidados (SILVEIRA *et al.*, 2009).

Segundo aponta Gaspardo; Martinez e Linhares (2010), um dos fatores que tornam os RN prematuros vulneráveis são sua insuficiente capacidade de se adequar subitamente ao ambiente externo, ao se depararem com elevadas cargas sensoriais e, sobretudo serem alvos de intervenções executadas muitas vezes sem as devidas medidas de manejo da dor, além da luminosidade e ruídos, aliados a protocolos assistenciais que desconsideram questões de sono e repouso, gerando estresse e desconforto ao prematuro.

De acordo com a OMS, mesmo que o recém-nascido resista as complicações de um parto prematuro, sem uma assistência adequada, ainda enfrenta o risco de passar por sofrimento ao longo da vida (EDGARD-JÚNIOR, 2015).

2.4 A UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são unidades responsáveis por proporcionar a devida vigilância, tratamento e cuidados aos recém-nascidos pré-termo ou a termo, mas que apresentem alguma necessidade especial de cuidado (SEGUNDO *et al.*, 2018).

A unidade de cuidados intermediários também chamada de unidade de médio risco ou unidade semi-intensiva é destinada ao atendimento de neonatos em condição considerada de médio risco, como por exemplo: transferência da unidade de terapia intensiva, nas primeiras 24 a 48 horas; observação nas primeiras 72 horas de vida de pacientes com peso entre 1500-2000g; presença de desconforto respiratório leve; necessidade de venoclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos; tratamento para hiperbilirrubinemia grave; prematuros em fase de ganho de peso; entre outros (ALMEIDA; REGO; COSTA, 2010).

A UCIN presta atendimento aos recém-nascidos que mesmo após a alta da UTIN, precisam estar sob cuidados complementares, assim o setor funciona como uma unidade de suporte (DEL'ANGELO *et al.*, 2010). Devendo a instituição, segundo Almeida; Rego e Costa (2010) no mínimo, apresentar:

- *recursos físicos* - Ambiente climatizado com iluminação natural e baixo nível de ruído, área de 4,5 m² por leito, com espaçamento de 1 metro entre os berços e paredes, exceto cabeceira, 8 pontos de rede elétrica, 2 pontos de oxigênio, 2 pontos de ar comprimido e 2 pontos de vácuo para cada leito, 1 ponto de rede elétrica para raio-x portátil em cada sala, rede elétrica de emergência, área de prescrição médica, cuidados e higienização, 1 pia para lavagem de mãos para cada 5 leitos, um dispensador de preparação alcoólica por leito, posto de enfermagem, sala de serviço, sala de acolhimento para amamentação e ambientes de apoio.

- *recursos materiais* - Berços com calor radiante, incubadoras de parede simples e berços simples, cadeira removível e confortável para realização do Método Canguru, halos de oxigênio, 1 oxímetro de pulso e monitor cardíaco para cada leito, 1 bomba de infusão para 2 leitos, 1 aparelho de fototerapia para 4 leitos, bandejas para procedimentos de drenagem e punções, estetoscópio e termômetro digital individual, balança eletrônica, negatoscópio, oftalmoscópio e otoscópio, 1 ventilador para 10-15 leitos, 1 conjunto de CPAP nasal para 4 leitos, 1 monitor de pressão arterial não invasiva, 1 carrinho de emergência para reanimação neonatal, 1 torpedão de oxigênio de reserva com válvula 1.012, relógios de parede visíveis para os leitos.

- *recursos humanos* - 1 pediatra com Certificado de Especialista em Pediatria com Área de Atuação em Neonatologia (TEN) diarista exclusivo para 15 leitos ou fração , 1 pediatra com Título de Especialista em Pediatria (TEP) plantonista para 15 leitos ou fração por turno de trabalho, 1 enfermeiro coordenador, 1 enfermeiro exclusivo da unidade para 15 leitos ou fração para cada turno ,1 técnico ou auxiliar de enfermagem para 5 leitos ou fração por turno, 1 funcionário exclusivo para limpeza do ambiente.

2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

De acordo com Oliveira e Carraro (2011), a enfermagem, assim como outras ciências da área da saúde, está em desenvolvimento dentro de um contexto histórico de produção econômica, política e social, o qual determina o modelo das práticas em saúde, como profissão desta área, tem historicamente, seu conhecimento disciplinado no cuidado humano.

Atualmente, o paradigma holístico tem proporcionado uma nova perspectiva à enfermagem, acarretando uma reconstrução do cuidar, ou seja, uma assistência com foco na humanização e qualidade do cuidado prestado. Neste sentido, considera-se que o ser humano estará pleno e satisfeito quando todas as suas necessidades estiverem sendo supridas em todos os âmbitos, sejam eles psicossocial, meio externo e interno (OLIVEIRA; CARRARO, 2011).

Nas últimas décadas, a prestação do cuidado livre de danos e com qualidade passou a ser almejada pelas instituições e profissionais que atuam na área da saúde, sendo discutido de forma abrangente e constante (VENTURI, 2009).

Na realização do cuidado com o RNPT é de extrema importância que todos os procedimentos se deem de maneira delicada, firme e leve, em pequenas etapas, devido ao fato de serem ainda muito sensíveis ao toque, podendo sofrer sequelas e danos irreparáveis em alguns casos (CRUVINE; PAULETTI, 2009).

Para assegurar esse direito a portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, tem como diretrizes o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos para o RN em estado grave ou potencialmente grave assistido pelo SUS, no sentido de garantir equidade, integralidade da assistência, atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário, que seja prestada atenção humanizada, estímulo, acolhimento e fortalecimento do vínculo entre RN e família (BRASIL, 2012).

Para que a assistência de enfermagem ao neonato prematuro seja de qualidade e eficiência, é fundamental atender todas as necessidades fisiológicas como repouso, calor, nutrição, higiene e observação contínua (MOREIRA, 2004).

A enfermagem é responsável pela implantação do cuidado, que valoriza o desenvolvimento físico, psíquico e social do recém-nascido prematuro (ALTON; MERICLE; BRANDON, 2006).

O cuidado holístico ao recém-nascido prematuro proporciona um ótimo desenvolvimento, prevenindo a estimulação indesejada e o estresse, o que resulta em significantes mudanças nas respostas comportamentais e fisiológicas do recém-nascido, tratando os problemas de saúde não apenas na sua vertente física, mas também emocional (TAMEZ, 2017).

De acordo com Brasil (2011a), no Guia para Profissionais Da Saúde, é recomendado que a organização da assistência neonatal seja fundamentada em uma metodologia, que assegure a assiduidade dos cuidados prestados, ocorrendo de acordo com o grau de complexidade e risco do neonato. Assim sendo, a partir do nascimento até o momento da alta, faz-se necessário determinar o plano de cuidados que o paciente receberá, levando-se em consideração, todo o contexto em que este está inserido, se atentando ao ambiente em que o mesmo será assistido, aos recursos humanos e treinamentos necessários, as normas assistenciais e os procedimentos que possivelmente serão realizados.

No Brasil a Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7498/86, regulamenta o exercício da enfermagem e dá outras providências, em seu artigo 8º, que dispõe a participação do enfermeiro na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde. E no artigo 11º, determina ao enfermeiro privativamente, o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 1986).

O RNPT necessita de cuidados rápidos e precisos que devem ser realizados em um ambiente propício. A assistência de enfermagem nesse setor deve estar voltada a minimização dos efeitos da internação do prematuro, daí a importância de o enfermeiro conhecer como os estímulos gerados dentro desta unidade afetam este ser, entre estes os estímulos táteis altamente dolorosos, estímulos luminosos, ruídos, manuseio e movimentos bruscos, cuidados excessivos, entre outros. Os profissionais

devem reconhecer as respostas mediante os sinais do RN, e planejar sua assistência voltada a estes fatores (BRASIL, 2011b).

Algumas medidas como recepcionar o RN, prevenir hipotermia, manter vias aéreas livres de obstrução, laqueadura do cordão umbilical, cuidados com o coto, avaliação da vitalidade, profilaxia da doença hemorrágica, identificação do mesmo e da genitora, promover contato mãe-filho, medidas antropométricas, promover conforto, higiene corporal, exame físico completo, eliminações, prevenção de infecção, atender o RN em suas necessidades especiais de forma individualizada, mantendo na sala de reanimação neonatal o material adequado para o atendimento de urgência e emergência, podem garantir um processo de internação menos demorado e proporcionar qualidade no atendimento (SALGE *et al.*, 2009).

2.6 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A SAE é uma metodologia científica que norteia as ações de enfermagem com o propósito de promover conhecimento e qualificação ao gerenciamento e administração dos cuidados, proporcionando maior autonomia ao enfermeiro, assegurando suas atividades através de registro, proporcionando confiança na tomada de decisões e promovendo seu envolvimento com sua equipe e seus pacientes. Desta forma, a SAE configura a concretização da assistência de enfermagem em seus aspectos mais amplos e organizacionais (SANTOS, 2014).

Entre os anos de 1920 e 1930 com o surgimento dos chamados estudos de caso, a enfermagem passa a focar-se no ensino e organização do cuidado, tendo os enfermeiros, o objetivo de organizar de forma específica e individualizada a assistência prestada. É a partir deste ponto que a SAE passa a ser introduzida nos cursos de enfermagem como exemplo de planejamento e individualização do cuidado, sendo o desenvolvimento dos estudos/teorias, uma tentativa de ampliação e/ou renovação de conhecimento, como um saber específico para a enfermagem (HERMIDA, 2004; NEVES; SHIMIZU, 2010).

A fim de prestar uma assistência baseada na organização e planejamento, instituições brasileiras de saúde, ensino e pesquisa em enfermagem, nas décadas de 1970 a 1980, buscaram aplicar em seus ambientes de trabalho e pesquisa, a Teoria de Wanda Horta, que se fundamenta a partir da atenção às necessidades humanas básicas de cada indivíduo, onde entender e aplicá-las no paciente conforme a

necessidade do mesmo, torna o processo de enfermagem mais eficiente (MOLA *et al.*, 2019).

Florence Nightingale tinha como ideal uma profissão embasada em questionamentos e reflexões. Além de treinamento organizado, prático e científico, a enfermeira deveria ser uma pessoa capacitada a servir. Florence tinha como meta a edificação da Enfermagem sobre um arcabouço de conhecimentos científicos. Por muitos anos, esta profissão assumiu uma orientação profissional voltada ao imediatismo, ações práticas de forma intuitiva e não sistematizada (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

De acordo com os profissionais da área, a SAE é definida como um método de organização da assistência prestada aos clientes, através do seguimento de etapas interrelacionadas e definidas pelo chamado Processo de Enfermagem (PE), tornando-se um retrato das regras de investigação científica necessárias, para que o profissional enfermeiro realize juntamente com sua equipe, o acompanhamento e controle dos cuidados e evolução de seus pacientes, definindo condutas e resultados de forma organizada e eficaz (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

Para Tannure e Pinheiro. (2010), utilizar a SAE torna a prática da enfermagem mais científica e promove um cuidado humanizado e individualizado, pois ela é um método científico, que deve ser utilizado pelo enfermeiro afim de aplicar seu conhecimento técnico-científico e humano, na assistência ao cliente, viabilizando a organização dos cuidados prestados.

De acordo com COFEN (2009), o Conselho Federal de Enfermagem vem afirmar que a SAE deve ocorrer em todas as instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas, considerando sua institucionalização como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. O Conselho considera que a implantação da SAE, constitui efetivamente, melhora na qualidade da assistência de enfermagem (Figura 02).

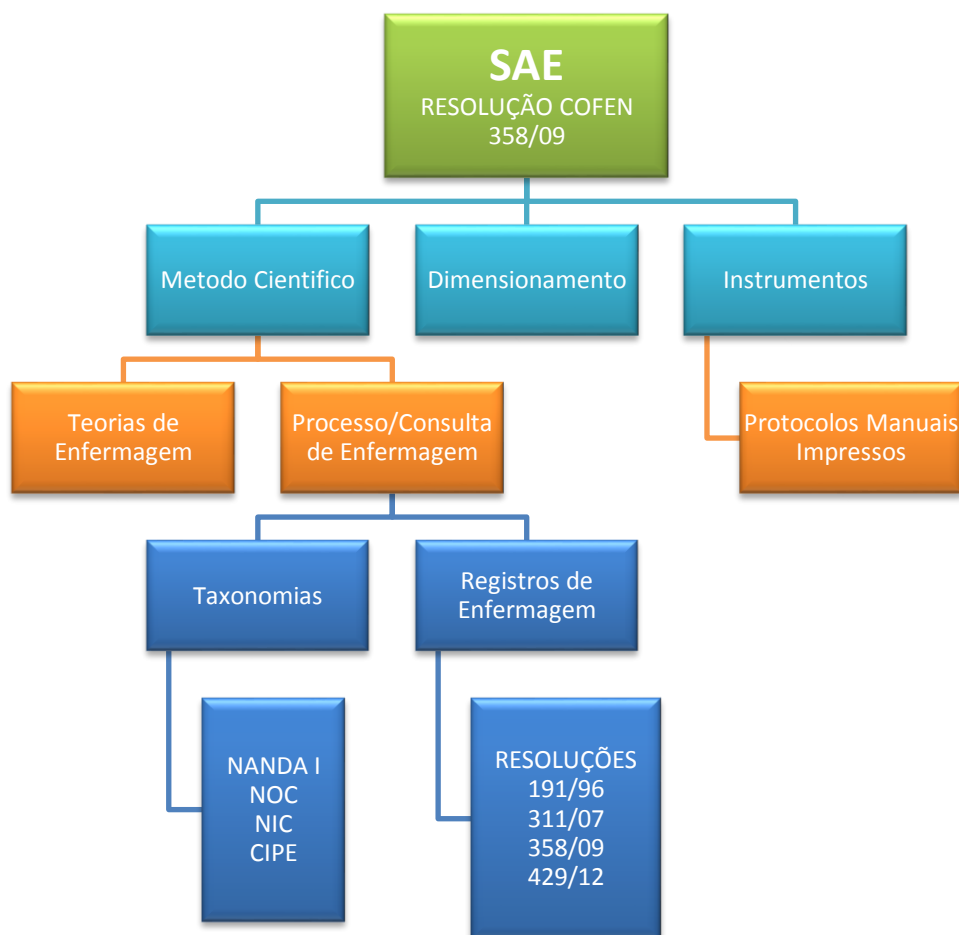


Figura 02 - A SAE conforme definição da Resolução 5 COFEN 358/2009. Fonte: Santos *et al.* (2016).

Deste modo, o profissional enfermeiro deve utilizar da SAE e realizá-la juntamente com sua equipe, de modo que seja possível acompanhar e controlar os cuidados e a evolução de seus pacientes, definindo condutas e resultados de forma organizada (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Em ambientes como uma UCI, a implementação da SAE torna-se indispensável, sendo uma tarefa do enfermeiro aplicá-la de forma eficaz (VIEIRA, 2013).

A SAE proporciona a enfermagem o seu caráter de ciência e sua implementação faz-se necessária para que o cuidado promovido pela equipe seja realizado com qualidade, entretanto é uma realidade incorporada à prática profissional somente em algumas instituições, e tem se observado cada dia mais como é dificultoso para os profissionais à instituírem (TRUPPEL *et al.*, 2009).

Em um ambiente de Terapia Intensiva Neonatal, são atendidos pacientes de 0 a 28 dias, em situações graves que os colocam em risco de vida, sendo assim a implementação da SAE, é um fator imprescindível no desenvolvimento dos cuidados da gravidade de cada situação. No entanto, a quantidade insuficiente de profissionais, torna o processo de trabalho dos enfermeiros cada vez mais árduo e complexo, contribuindo com a ocorrência de falhas e a limitação do desenvolvimento da SAE como instrumento de organização do cuidar com qualidade (PORTO; FRANÇA; FERRARI, 2013).

Alguns desafios são apontados para a implementação da SAE nas instituições como: A falta de reconhecimento por parte da equipe de enfermagem a respeito da SAE, relacionada muitas vezes as fases do PE que se torna fragmentado; O dimensionamento insuficiente de profissionais de enfermagem nos serviços e o envolvimento da equipe de enfermagem com o processo; E a desvalorização por parte da administração da instituição. Ao mesmo tempo, realizar esse processo requer do profissional base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade de assumir o cuidar do outro (MOLA *et al.*, 2019).

Para que seja reconhecida como ciência, a enfermagem ainda busca a estruturação dos seus valores profissionais. Afim de que o enfermeiro possa realmente construir sua identidade no campo da assistência e desmistificar conceitos e posturas como os de submissão à classe médica, ou ainda que seus cuidados são realizados de forma empírica. É preciso, sobretudo, que se abandone o uso de intervenções ao acaso, sem planejamento, justificativa científica e reflexão (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

2.7 O PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)

Segundo Barros *et al.* (2015), a ideia de Processo de Enfermagem (PE) não é novidade neste âmbito. Registros ligados a esta ação devem-se ao surgimento da Enfermagem Moderna, quando Florence Nightingale destacou que os enfermeiros deveriam realizar observações e julgamentos, ensinados desde o início na profissão. Entretanto, o vocábulo de PE não existia, mas a recomendação de Florence expressa a definição que se aborda atualmente sobre esta ferramenta de trabalho.

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta, professora na década de 1970, foi precursora do PE, onde o definiu como a dinâmica das ações sistematizadas e

interrelacionadas, objetivando a assistência ao ser humano, referindo-se ao indivíduo, família (ou pessoa significativa), grupo e comunidade que necessitam dos cuidados de enfermagem (BARROS *et al.*, 2015).

De acordo com a Resolução COFEN 358/2009 o PE, corresponde ao fornecimento de assistência ao paciente, mediante plano de cuidado construído e anexado em etapas intercaladas, embasado em julgamento clínico adjunto do suporte teórico (COFEN, 2009).

A SAE é aplicada na prática por meio do Processo de Enfermagem (PE), que é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional, evidenciando a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

COFEN (2009) publica a resolução 358/2009 que endossa a obrigatoriedade da implantação da SAE em todo território nacional, destaca a necessidade iminente da utilização das teorias de enfermagem como base para a operacionalização do PE, além de reforçar a importância do registro de todo o processo no prontuário do paciente. As teorias de enfermagem constituem a base para nortear a prática cuidativa do enfermeiro e estabelecem as bases para a construção da enfermagem como ciência.

O PE é um instrumento indispensável para a potencialização do desempenho organizacional, o que é fundamental para a efetividade dos princípios e valores das políticas de saúde. Além de organizar e sistematizar o trabalho da equipe de enfermagem, também reduz a margem de erros ocasionados por alguns profissionais, proporciona a comunicação, favorece a elaboração de um plano de rendimento de custos, e acima de tudo, elabora um plano de cuidados individualizados ao sujeito assistido, e não apenas à doença, direcionando as intervenções de enfermagem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BERWANGER *et al.*, 2019).

Segundo Alfaro (2010), o processo de enfermagem é um método/forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de acordo com a necessidade de cada paciente, esse método é composto por cinco etapas inter-relacionadas são elas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (Figura 03).

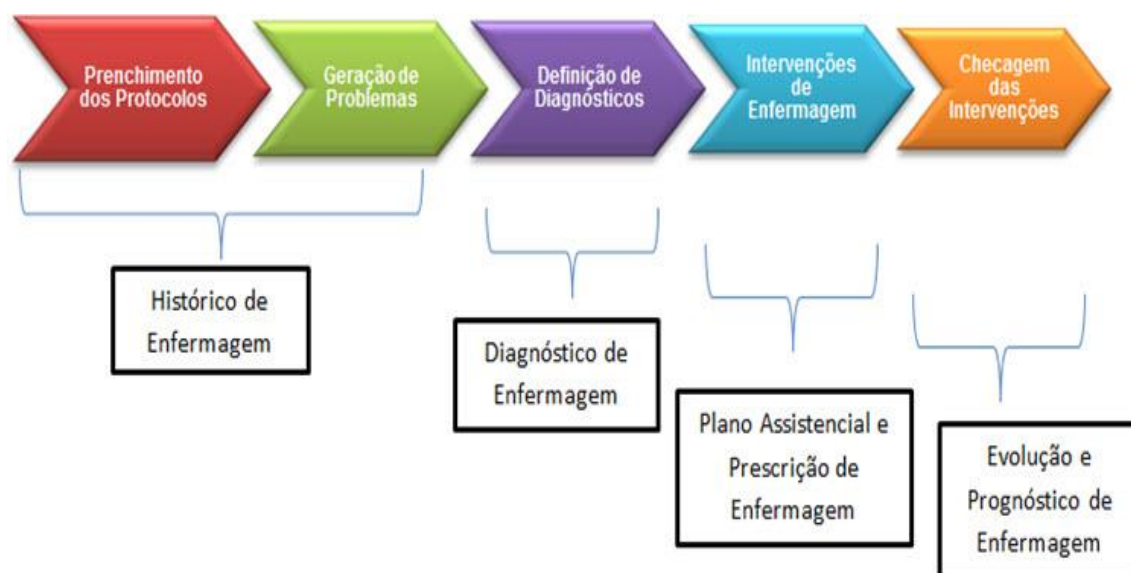


Figura 03 - Etapas do Processo de Enfermagem. Fonte: Juarez (2016).

Segundo Tannure e Pinheiro (2010), a SAE se dá através do histórico de enfermagem (Coleta de dados/Investigação) e do exame físico (Palpação/Percussão/Ausculta) que são parte fundamental do processo de enfermagem, e servirão de base para as etapas subsequentes que são: Diagnóstico de enfermagem – etapa em que se faz necessário o raciocínio clínico e o pensamento crítico do enfermeiro ao analisar as informações recebidas na coleta de dados; Planejamento – etapa onde o enfermeiro estabelece metas e resultados esperados baseados no diagnóstico de enfermagem; Implementação – parte prática do processo que cabe a todos da equipe de enfermagem, é a execução do que foi prescrito. E por fim, a Evolução – etapa em que o enfermeiro realiza a avaliação clínica do paciente e sua mudança de estado a partir das etapas anteriores.

Realizando todas essas etapas os riscos de complicações do paciente serão minimizados, sua recuperação será mais rápida e o enfermeiro obterá mais tempo de prestar os cuidados aos demais pacientes (TANNURE; PINHEIRO 2010).

Para Garcia e Nóbrega (2004), o PE assegura ao enfermeiro e sua equipe uma forma sistemática de cuidar e para sua realização, faz-se necessário obter informações sobre o indivíduo, com a finalidade de direcionar a assistência. Este cuidado deve ser realizado através de 5 etapas.

O momento de aquisição de informações é a primeira fase do Processo e é descrita como coleta de dados ou anamnese (NÓBREGA; SILVA, 2009). Carpenito-Moyet (2007) identifica esta etapa como Investigação e descreve que o enfermeiro neste período irá coletar informações sobre o indivíduo, a família ou o grupo, e procurará por evidências ou riscos de problemas.

Os autores supracitados descrevem que a segunda etapa do PE é o Diagnóstico de Enfermagem, que será o julgamento realizado com base nos dados da investigação. Uma informação padrão descritiva sobre o estado de saúde de um cliente, proporcionará o raciocínio do diagnóstico, uma atividade intelectual baseada em toda teoria aprendida onde o enfermeiro irá realizar a interpretação cuidadosa dos dados coletados para então escolher o diagnóstico de enfermagem adequado às necessidades do indivíduo, família ou grupo.

O Planejamento da Assistência de Enfermagem é a terceira fase do PE, aqui serão decididos quais os problemas prioritários, as metas de cuidado e as intervenções, será então elaborado o plano de cuidados. No Planejamento tem-se o estabelecimento de ações, a partir dos diagnósticos identificados, em que se encontra estabelecido os objetivos e estratégias que possuem como finalidade única objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde do indivíduo que precisa do cuidado (NÓBREGA; SILVA, 2009; CARPENITO-MOYET, 2007).

O Processo de Enfermagem (PE), foi deliberado, nacionalmente, para ser realizado em instituições de saúde públicas ou privadas, em que aconteça o cuidado profissional de enfermagem, estruturado em cinco etapas interrelacionadas e interdependentes (COFEN, 2009).

A coleta de dados sobre a pessoa conforme descrita anamnese, família ou a sociedade; os diagnósticos de enfermagem prioritários relacionado ao momento do processo saúde-doença que os sujeitos estão vivenciando através de um julgamento clínico das respostas do indivíduo, aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem; o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem com base nas necessidades de cuidados prioritários; a implementação das intervenções determinadas e a avaliação do alcance dos resultados esperados e verificação da necessidade de mudanças nas etapas do PE (COFEN, 2009).

A execução do PE é benéfica tanto para a enfermagem quanto para a equipe multiprofissional, a instituição e em especial o paciente. Entretanto, apenas executá-lo não garante que o cuidado prestado seja individualizado e qualificado. Há ainda a necessidade de responsabilidade por parte de toda a equipe de enfermagem, a capacitação do enfermeiro em termos teórico e prático sobre as etapas que compõe o PE e a instituição onde ocorra o cuidado viabilize a realização do mesmo, garantindo um adequado número de enfermeiros e oferecendo condições adequadas de trabalho (BERWANGER *et al.*, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo, onde os dados foram obtidos por meio de questionários.

O estudo de campo tem como foco uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana. Basicamente, a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo. Esses procedimentos são geralmente conjugados com diversos outros, tais como a análise de documentos, filmagem e fotografias (GIL, 2002).

Conforme Prodanov e Freitas (2013), o estudo de abordagem qualitativa visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, onde podem ser utilizadas algumas técnicas, como aplicação de questionário.

De acordo com a RPQ (2005), a pesquisa quantitativa busca apurar opiniões explícitas e consistentes, dos entrevistados, uma vez que utiliza instrumentos estruturados. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses já que os resultados são tangíveis e possuem menor possibilidade de erro.

A pesquisa descritiva é a realizada conforme técnica de coleta de dados sistemática, através da qual se pode, livre de ingerências, observar, registrar, analisar, classificar e interpretar acontecimentos (PRESTES, 2012).

Segundo Marconi e Lakatos (2003), o questionário é uma ferramenta que serve para coletar dados, elaborado com perguntas colocadas em ordem, as quais devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.

3.2 ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Município de Itaituba localizado na região sudoeste do estado do Pará, com área territorial de 63.042,302 Km², tendo uma estimativa populacional de 101.095 mil habitantes (IBGE, 2018).

Os dados foram coletados especificamente na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do Hospital Público, que é referência neste seguimento, no município de Itaituba, localizado na travessa José Ribeiro dos Anjos, do bairro Boa Esperança.

A Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), foi inaugurada no ano de 2012 no município de Itaituba – PA, capacitada para receber até 6 neonatos, possuindo 4 incubadoras, 2 berços aquecidos e uma equipe de 11 profissionais: 1 médico, 5 técnicos de enfermagem e 5 enfermeiros, que exercem suas atividades em regime plantonista.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram da pesquisa os enfermeiros lotados na UCI Neonatal do HMI, que aceitaram responder o questionário mediante a assinatura do TCLE, totalizando uma amostra de 4 profissionais. Onde utilizou-se a técnica de saturação que segundo Pires *et al.* (2008), consiste na suspensão de novas entrevistas a partir do momento em que se observa que as informações dadas se tornam repetitivas e assim, sem relevância para a pesquisa.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os enfermeiros que atuavam na UCI Neonatal em período superior a seis meses e os que concordaram em participar da pesquisa.

Foram excluídos os enfermeiros de licença, férias, que não estiveram presentes por qualquer outro motivo no período da pesquisa, que não atuavam no setor e que atuavam na unidade em um período inferior a seis meses, bem como aqueles que discordaram assinar o TCLE ou simplesmente se recusaram a colaborar com a pesquisa.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados se deu logo após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), nos meses de novembro e dezembro do ano de 2019, onde primeiramente foi realizado contato com os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermediários, a fim de apresentar os objetivos do estudo assim como também fazer o convite para a participação do mesmo.

Após a confirmação do interesse, foi-lhes entregue um questionário semiestruturado (APÊNDICE), constituído primeiramente por dados sociodemográficos dos participantes e em seguida por perguntas abertas a respeito do tema em estudo. As informações foram coletadas de acordo com a disponibilidade dos participantes.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

O processo de análise foi realizado por meio do método de Bardin (2016), que de acordo com o autor, divide-se em: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, e interpretação, que são descritos a seguir.

Na pré-análise o material da pesquisa foi organizado sendo selecionados somente os documentos úteis a pesquisa, analisando-os e em seguida formulando as hipóteses e os objetivos, para que fossem elaborados os indicadores que deram fundamento a interpretação final. Já na fase de exploração de material, tudo o que foi decidido na etapa anterior, foi aplicado de forma sistemática onde todo o material coletado e obtido foi codificado e enumerado.

A terceira fase, diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, onde fez-se a condensação e o destaque das informações que foram interpretadas e passaram por uma análise reflexiva e crítica, para se atingir as interpretações inferenciais.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa, considerando a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), para apreciação e após a autorização realizou-se a pesquisa.

O anonimato dos participantes foi garantido e todas as etapas do TCLE foram obedecidas da seguinte forma: leu-se o termo aos indivíduos-alvo dando ênfase na proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia).

Em seguida, foram orientados quanto aos riscos e benefícios da pesquisa, e também quanto à relevância social da mesma, assim, somente após a compreensão dessa etapa, os profissionais que aceitaram participar do estudo, foram convidados a assinar o TCLE. Todos os princípios da beneficência, não maleficência, justiça, equidade e autonomia aos sujeitos da pesquisa, foram respeitados.

3.8 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Teve-se como riscos da pesquisa: não conseguir alcançar uma amostra satisfatória para desenvolver a mesma; obter respostas repetitivas; o questionário não

estar devidamente preenchido ou estar incompleto e influenciar nas respostas. Como risco para a instituição: mudar a rotina do espaço, interferir no andamento do serviço, o que foi minimizado com a opção de escolha do melhor momento para o preenchimento do questionário. Para os participantes da pesquisa: o risco de terem seus dados pessoais acessados por terceiros, o que foi minimizado pelo manuseio exclusivo dos dados pelos pesquisadores, sendo assegurado o sigilo e privacidade das informações obtidas, assim como, não incluso os nomes e sim, pseudônimos de E1 a E4 conforme a amostra; cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, o que foi minimizado deixando à disposição do entrevistado a escolha do horário mais favorável a ele. Os riscos para a sociedade são de que a pesquisa não influencie na melhoria da qualidade do serviço prestado à população.

Como benefício para a instituição, a pesquisa visa contribuir na melhoria do serviço de saúde oferecido aos recém-nascidos prematuros, respeitando universalidade, equidade e integralidade como princípios do SUS. Para os pesquisadores, comunidade científica e participantes da pesquisa, este estudo trará novas evidências científicas, possibilitando maiores reflexões sobre a sistematização da assistência de enfermagem voltada ao prematuro, seu importante papel na terapêutica, evidenciando o serviço de enfermagem no cuidado, propiciando mudança do pensamento e comportamento profissional. De forma geral contribuirá com informações relevantes e positivas em relação a temática abordada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados que serão apresentados acerca do perfil dos enfermeiros entrevistados, constituído pelas variantes de sexo, faixa etária, tempo de formação profissional e de atuação diretamente no setor, além da condição de trabalho e especializações, contribuem para conhecer a população na qual a pesquisa foi realizada.

Ao se tratar da variável sexo, todos os enfermeiros entrevistados eram mulheres. Pereira (2016), evidencia que a enfermagem, desde sua origem, destaca-se como uma profissão predominantemente do sexo feminino.

Por conseguinte, coube-se analisar o elemento faixa etária, onde constatou-se que as profissionais apresentaram uma variável entre 27 e 45 anos de idade, consequentemente obteve-se uma média de 36 anos, de acordo com a amostra deste estudo (Gráfico 01).

Dados semelhantes foram encontrados em uma unidade de terapia semi-intensiva de um hospital público na cidade de Salvador- BA, a respeito do perfil dos profissionais, onde dos 10 enfermeiros participantes, constatou-se que a maioria era do gênero feminino (90%). E em relação à faixa etária, houve a predominância da média de 30 e 40 anos, o que se equipara a média de idade obtida nesta pesquisa (QUEIROZ *et al.*, 2012).

Presbytero; Costa e Santos (2010) fortalecem os resultados deste estudo por meio de um levantamento realizado em Fortaleza – CE, com enfermeiros de uma UTI, demonstrando que dos 15 participantes da pesquisa todos eram do gênero feminino. Concordando ainda em relação à faixa etária, em que se obteve como média, 32 anos.

Outra pesquisa, desta vez em um hospital de Ceilândia, apontou que de um total de 16 profissionais de enfermagem, todos pertenciam ao gênero feminino, corroborando com o estudo em questão, e se diferenciando em relação ao aspecto de faixa etária, onde estes profissionais apresentavam uma média 27 anos de idade (VIEIRA, 2013).

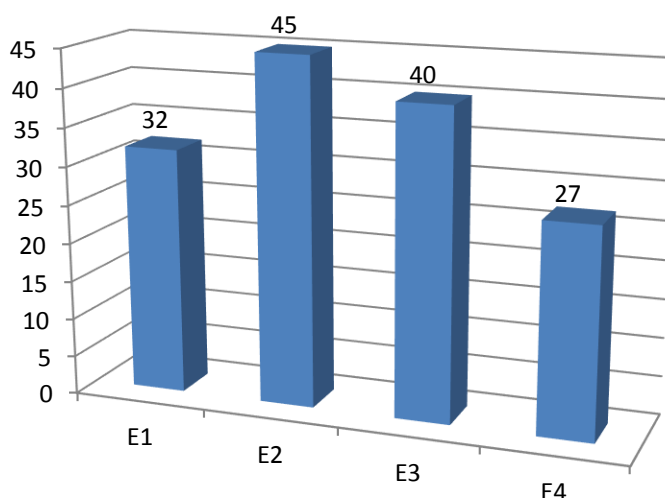


Gráfico 01 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária.

Diante dos dados apresentados pode-se observar que de modo geral a mulher por ter o extinto de mãe e protetora, tem sua presença predominante, quando se trata de cuidados de enfermagem, e estas profissionais em sua maioria apresentam-se em meia idade. Considerando a maturidade desta faixa etária, o fato contribui significativamente para a qualidade do desenvolvimento destes cuidados.

Ao se tratar do tempo de graduação sobressaem-se as profissionais com mais e menos tempo de formação na área, sendo respectivamente E1 com 10 anos e, E2 e E3 com 3 anos cada. No que diz respeito ao tempo de serviço diretamente na UCI, apontou-se que a enfermeira integrada mais recentemente ao quadro de funcionários tem 2 anos e 9 meses (E2), enquanto que, a que desenvolve suas atividades a mais tempo no setor tem 6 anos (E4) (Gráfico 02).

Presbytero; Costa e Santos (2010) constataram que em uma unidade neonatal de Fortaleza, os enfermeiros possuíam mais de 7 anos de graduação. Queiroz *et al.* (2012) em um estudo realizado em Salvador - BA, traz resultados semelhantes, demonstrando que a maioria dos enfermeiros tinham mais de 5 anos de formação na área.

Dados do Ministério da Saúde, apontam que a maioria dos profissionais (35,2%) possuem entre 16 e 25 anos de graduação (BRASIL, 2008).

Corroborando com estes resultados, um estudo realizado com enfermeiros, de uma UTIN do município de Cáceres/MT, apontou que 60% dos enfermeiros tem muito

tempo de trabalho, de 3 a 23 anos. Um fator positivo, no que diz respeito a habilidade e qualidade da assistência de enfermagem, pois o tempo de prática torna o profissional cada vez mais hábil nos procedimentos e cuidados oferecidos aos pacientes/clientes (PORTO; FRANÇA; FERRARI, 2013).

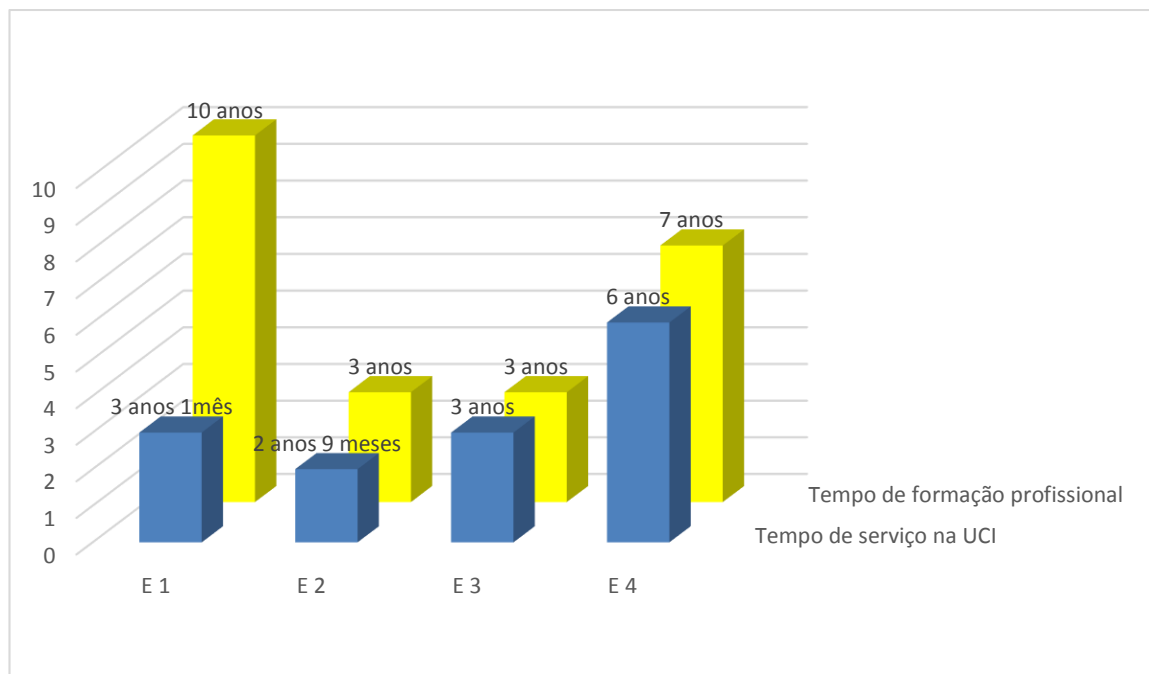


Gráfico 02 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de formação profissional (coluna amarela) e tempo de serviço na UCI (coluna azul).

Ambos os autores supracitados, trazem informações distintas aos resultados encontrados no município de Itaituba, onde com apenas 3 anos de graduação as profissionais tiveram a oportunidade de mostrar que encontram-se aptas a desenvolver as atividades específicas da unidade, e por mais que tenham especialização em outro setor da saúde, procuraram se capacitar nos cuidados específicos neonatais.

Ao se tratar do item condição de serviço, na UCI da instituição apresentam-se duas modalidades: os temporários, que adentraram na unidade através de contratos com a PMI (Prefeitura Municipal de Itaituba), e os efetivos, que foram inseridos na equipe através de concurso público.

Mediante a notoriedade destas duas categorias, percebeu-se uma divisão mediana, em que 50% (n=2) das enfermeiras eram temporárias e a outra metade, 50% (n=2) efetiva (Gráfico 03).

Em se tratando destas modalidades, consideram-se pontos negativos em relação ao trabalho temporário, como a preocupação que estes profissionais demonstram ter, a respeito da instabilidade no emprego e possível rotatividade. Por outro lado, destaca-se como ponto positivo, a existência dos funcionários efetivos, que por meio da mesma rotatividade, tem a oportunidade de obter profundo aprendizado sobre a rotina do setor, mantendo-se experientes e preservando a qualidade da assistência.

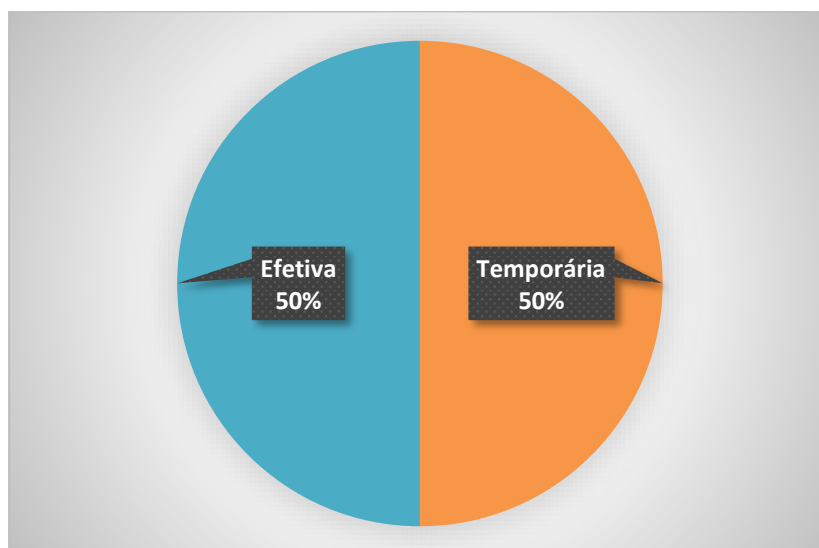


Gráfico 03 - Distribuição da amostra de acordo com a condição de serviço sendo efetivo (azul) e temporário (laranja).

Ao se tratar da especialização profissional como sendo aspecto responsável por gerar preparo e aptidão das enfermeiras, trazendo melhorias ao processo do cuidar, percebeu-se que todas elas possuem pós-graduação específica para o setor em que desenvolvem suas atividades (Quadro 01).

De acordo com as informações dispostas no quadro 01, observa-se que a maioria das enfermeiras possuem mais de uma pós-graduação, e que há uma predominância em UTI Neonatal e Pediátrica, considerando ainda as que estão em andamento (E2 e E3). Descobriu-se também outras especializações, distribuídas entre estas profissionais, como Enfermagem Pediátrica e Neonatal (E4), Urgência e emergência (E1), ESF (E3) e Saúde Pública (E2).

Um estudo realizado em um Hospital Público de Brasília – DF, constatou que dentre as enfermeiras pesquisadas, 15 (93,75%) realizaram especialização e apenas 1 (6,25%) não realizou (VIEIRA, 2013).

Outra pesquisa, já no município de Campina Grande – PB, constatou que 36 (97%) dos enfermeiros entrevistados realizaram especialização específica para a área de atuação, condizendo assim com as amostras da pesquisa em questão (MARCOLINO, 2012).

Quadro 01 - Distribuição de dados conforme a especialização atual e as que ainda se encontram em andamento.

IDENTIFICAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO
E 1	URG X EMERG UTI NEONATAL E PEDIÁTRICA
E 2	SAÚDE PÚBLICA EM ANDAMENTO: UTI NEONATAL E ESTOMOTERAPIA
E 3	ESF e UTI NEO E PEDIÁTRICA (EM ANDAMENTO)
E 4	ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL

Portanto, ter uma capacitação específica para a área em que o enfermeiro está atuando ou deseja atuar, firma-se como um ponto primordial da profissão, visando sempre a qualificação como objetivo de adquirir ainda mais conhecimento para uma assistência de excelência.

A assistência na UCI neonatal de Itaituba, é estruturada em diferentes atividades, entre elas a que se denomina procedimento de enfermagem, o qual também pode ser chamado de procedimento técnico, que faz parte do cuidar da enfermagem e permite que a equipe, por meio da execução de determinados procedimentos, reconheça as particularidades de cada RN.

Considerando ainda que o RNPT demanda cuidados diferenciados e acompanhamento específico para suas necessidades, no Quadro 02 estão dispostos os cuidados que são realizados com estes clientes na UCI neonatal do HMI.

É perceptível que o foco da assistência de enfermagem prestada ao prematuro dentro da UCI é voltado para a realização dos procedimentos técnicos, mas tendo também a sensibilidade de envolver e educar as progenitoras, quanto aos cuidados

necessários para aleitamento e alta do neonato, realizando assim uma assistência integral.

Quadro 02 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a assistência de enfermagem prestada aos RNs prematuros na UCI do HMI

Identificação	Respostas
E 1	No Setor realizamos cuidados iniciais pós-parto juntamente com a equipe obstétrica (quando acionados) cuidados diários de higiene e aleitamento, cuidados específicos para a situação do momento, acesso venoso, coleta de exames, sondagem orogastrica, aspiração de vias aéreas, curativos, coto, monitorização de SSVV, auxílio em procedimentos médicos, auxílio na reanimação, ventilação. Orientação a família do RNPT acerca de todos os procedimentos, rotinas, aleitamento materno, durante a alta.
E 2	Observa a questão da oxigenação, se o RNPT tem vômito, náuseas, hemorragia, fazemos a hidratação s/n , monitoramos os SSVV, tentamos manter sempre aquecido, temos bastante cuidado a respeito da lavagem das mãos antes e depois de qualquer procedimento, cuidados com a pele e coto umbilical.
E 3	Verificar os parâmetros vitais, fazer a higienização, coordenar e planejar o atendimento, organizar as rotinas, ajudar a mãe quanto orientação e amamentação.
E 4	Observar os sinais vitais, banho, curativo do coto, alimentação, hidratação conforme necessidade, controle rigoroso de peso, manter ambiente aquecido.

Cabe também ao enfermeiro, fazer a mediação e comunicação com outros trabalhos e setores do hospital, transmitir e zelar pelo cumprimento das normas da instituição, coleta de dados, prescrição e a evolução de todos os RNs internados, exame físico, no qual é feito a avaliação física, cardíaca e pulmonar do RN e cuidados com a dieta.

A fim de apontar a assistência prestada pelos enfermeiros na UTI Neonatal de um hospital universitário de Cuiabá - MT, este estudo traz como resultados, que o enfermeiro executa procedimentos de maior complexidade, assumindo o cuidado integral de neonatos que possuem estado clínico de maior risco, no entanto, em alguns momentos, também ocupa-se de atividades consideradas menos complexas como o banho e o controle dos sinais vitais, o que assemelha-se aos resultados do estudo em questão, com base as respostas obtidas (GAÍVA *et al.*, 2000).

No estudo de Brasil; Barbosa e Cardoso (2011) é ressaltada a importância dos profissionais de enfermagem, que atuam na área neonatal, possuem profundos conhecimentos técnico-científicos, para então estarem seguros sobre suas opções assistenciais.

Os dados acima citados trazem fidedignidade as informações colhidas na UCI de Itaituba, visto que os cuidados dispensados são semelhantes e exigem conhecimento técnico científico por sua complexidade.

Questionadas quanto ao uso de um protocolo de cuidados, no Quadro 03, as enfermeiras E1, E2 e E3 relataram a existência de POP's e manuais do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo hospital para cada setor. No entanto, também foi ressaltada a tentativa de criação de um protocolo interno específico para a UCI, que como afirmado por E4, não existe.

Um estudo de revisão da literatura, realizado por Castilho; Ribeiro e Chirelli (2009), apontou que é imprescindível que as instituições de saúde propiciem todas as condições necessárias para executar de maneira efetiva, a SAE, sendo uma dessas maneiras, a existência de protocolo interno, que deve ser feito com base nas condições e realidade de cada setor, tendo a equipe, juntamente com a gestão do hospital, essa responsabilidade, além da elaboração de manuais e rotinas para racionalizar o trabalho e a criação de estratégias que irão guiar, incentivar e supervisionar sua execução.

Ao analisar as respostas das entrevistadas, observa-se que a maioria reconhece a existência dos protocolos na instituição, e fazem uso dos mesmos no decorrer da assistência prestada, ressaltando também a utilização de manuais do ministério da saúde. No entanto, vale ressaltar a contradição presente em algumas das falas, onde é relatada a inexistência de um protocolo interno, que se entende como protocolo específico do setor, o que nos permite identificar o conhecimento falho em relação aos protocolos e a carência de atenção por parte da instituição, em

juntamente com a equipe de enfermagem, elaborar um protocolo interno, adaptado a realidade do setor, o qual Castilho; Ribeiro e Chirelli (2009), consideram como instrumento imprescindível.

Quadro 03 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a existência de um protocolo de cuidados aplicado pelos enfermeiros na realização da assistência.

Identificação	Respostas
E 1	Existem os POPs e manuais de procedimentos em cada setor do hospital, eu utilizo também as normas da OMS quando algo que eu preciso realizar não está inserido no pop. Por exemplo a triagem neonatal, teste do pezinho. Essa ferramenta a gente tenta utilizar conforme as necessidades aqui, conforme nossa realidade. Já houve tentativa de criar protocolo pela equipe juntamente com os médicos afim de melhorar a assistência prestada, mas não são realidade no dia-a-dia.
E 2	Fazemos uso do POP que o hospital fornece para esse setor.
E 3	Existe o pop e os manuais do ministério da saúde para utilizar quando necessidade.
E 4	Protocolo interno não.

A SAE é uma metodologia na qual o enfermeiro organiza o seu trabalho, contribuindo assim, para a operacionalização do PE, promovendo um cuidado integral ao indivíduo, família e/ou coletivo. De acordo com as falas dispostas no Quadro 04, observa-se o conhecimento das enfermeiras em relação ao que é a SAE.

É evidente que o conhecimento apresentado pelas entrevistadas, condiz de forma coerente, com o conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem, mas que possuem certa dificuldade em diferenciar SAE e PE.

De acordo com Vieira (2013), dados semelhantes, apontam que as enfermeiras compreendem a SAE como sendo um processo em que ocorre a organização e planejamento das ações de enfermagem, mas conforme a fala de algumas, percebe-

se que utilizam as fases do PE para explicar a SAE, o que difere deste estudo, onde todas as respostas obtidas estão dentro do conceito correto de SAE.

Corroborando com este estudo, também foi observado por Mangueira *et al.* (2012), em um hospital geral estadual de Pernambuco, que a equipe de enfermagem confere à SAE a eficiência e eficácia das ações administradas, relacionando a organização e padronização à individualização do cuidado e continuidade da assistência, o que proporciona melhoria para a instituição.

Sem pormenorizar, constatou-se que o conhecimento sobre as diretrizes da SAE em todas as pesquisas citadas acima é coerente quanto sua definição, enfatizando a necessidade de se atentar a diferenciação quanto ao PE.

Quadro 04 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto ao entendimento sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Identificação	Respostas
E 1	Para mim é o instrumento de autonomia do enfermeiro no exercício de sua função, para realizar ações e procedimentos de enfermagem de maneira organizada, afim de prestar cuidado direcionado, avaliando as necessidades do paciente.
E 2	É o método utilizado para organizar e sistematizar o cuidado, pra direcionar o enfermeiro nas decisões no momento da chegada do RNPT até a alta hospitalar.
E 3	É o uso de conhecimento técnico e científico no cuidado para que seja melhorado o tratamento do paciente, fazendo uso do trabalho em equipe e instrumentos que são disponíveis conforme necessidade do paciente, buscando resultados melhores
E 4	Processo que organiza e planeja a assistência da enfermagem.

Para a realização de uma assistência de enfermagem com qualidade, há a necessidade de o enfermeiro estar inserido na realidade concreta, de forma

consciente, competente, técnica e científica, assim, a SAE proporciona um conhecimento específico e reflexão crítica sobre a organização e filosofia de seu trabalho, sendo um instrumento importante de gerenciamento e otimização da assistência.

Desta forma, dispostas no Quadro 05, estão as respostas em relação a percepção, que as enfermeiras possuem quanto a importância da aplicação da SAE, onde é possível compreender que as mesmas reconhecem a SAE e o PE como ferramentas essenciais à enfermagem, afim de planejar a assistência e direcionar o cuidado individualizado dos pacientes.

Em concordância com os resultados deste estudo, uma pesquisa de revisão da literatura realizada por Cavalcante *et. al.* (2011) em Divinópolis - MG, buscou identificar experiências de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na rotina diária de trabalho em instituições brasileiras, relatando a partir das falas dos enfermeiros que a SAE consiste na realização de uma assistência de qualidade, destacando ainda que é uma ferramenta indispensável para a profissão, pois através da sistematização do seu trabalho, o enfermeiro consegue detectar adequadamente os problemas e prioridades dos pacientes.

Um outro estudo realizado em uma maternidade de Belém por Santos (2019), corrobora com estes resultados, apresentando que para a equipe de enfermagem a utilização da SAE oferece os benefícios de organização, qualificação e excelência na assistência, assegurando os direitos e benefícios diretos ao cliente. Contribuindo ainda com os aspectos positivos voltados à instituição, como redução de gastos e diminuição no tempo de internação hospitalar.

A via de regra, nota-se o conhecimento e a validação da SAE e do PE, como aparato que predispõe pontos positivos para o cliente, profissional e instituição, trazendo qualidade nos serviços e contenção de gastos.

Quadro 05 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a importância da aplicação da SAE e do Processo de Enfermagem no atendimento ao RNPT

Identificação	Respostas
E 1	Bem, a Sae e o PE são instrumentos de organização e aplicação de etapas no cuidado. No atendimento ao RN prematuro é muito fundamental, pois as necessidades dele são imediatas pra evitar agravo decorrentes do quadro até mesmo o óbito, dependendo do estado dele sabemos que aqui não temos uma UTI ainda para atender, se estiver muito grave tem que se deslocar pra STM. Mas coisas simples que eu sempre me atento é a mudança de decúbito, eles passam tempos aqui, tem risco constante de lesão por pressão, a mudança de decúbito diminui esse risco. Também busco envolver a família com orientações sobre os cuidados. Busco fortalecer o vínculo familiar deles, principalmente o da Mãe e RN. Concluo dizendo que a SAE também é humanização
E 2	É de extrema importância, nos direciona no cuidado, facilita a organização, faz com que o prematuro internado tenha alta mais depressa.
E 3	É importante pois faz com que as ações sejam planejadas, garante ao RN mais qualidade no cuidado, faz com que tenha mais chances de sobrevivência e menos tempo de internação na UCI. Organiza a assistência.
E 4	Organiza o atendimento, planeja cuidados, gera segurança e qualidade no serviço prestado ao prematuro.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem ainda não se encontra implantada como prática profissional em todas as instituições de saúde, carregando atualmente a carência de aprimoramento (TRUPPEL *et al.*, 2009).

As enfermeiras reconhecem as dificuldades que envolvem a implementação da SAE na unidade em que atuam, e assim, a maioria vem ressaltar os fatores que impedem a utilização da mesma, no quadro a seguir.

Quadro 06 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a utilização da SAE na unidade de serviço que trabalham.

Identificação	Respostas
E 1	No setor da UCI ainda não conseguimos implementar com todas as etapas como descrito na literatura. Nós já até tentamos, quer dizer alguns dos profissionais que aqui passaram e trabalham atualmente, há interesse e sensibilidade, porém, a coordenação, a diretoria ainda não estimula a implantação definitiva, bem como não fornece treinamento para os profissionais aqui, também não temos recursos físicos como por exemplo impressos com as etapas completas.
E 2	Não, não dá tempo é muito corrido, A única coisa que se vê fazendo aqui é a evolução de enfermagem, não faz diagnóstico, e nem implementa cuidados ao menos a parte escrita.
E 3	Sim, tentamos ser organizados e planejar alguns cuidados
E 4	Não

Hermida (2004), Neves e Shimizu (2010) a fim de enfatizar os fatores ligados a não aquisição da SAE, em um estudo de revisão de literatura realizado em Brasília, apontou sobrecarga de trabalho, rodízios de horários e sistema de plantão como sendo fontes de pressão, no exercício das atividades, e o prolongamento da jornada de trabalho, como fator de desgaste físico e psicológico do trabalhador, resultando em fator desencadeante de estresse e sofrimento mental. Fatores que se assemelham as falas de E1 e E2.

A falta de materiais em quantidade e qualidade suficientes para a prestação de um cuidado adequado, como também a imprevisibilidade desses recursos e equipamentos, dificultam o planejamento das ações de assistência e colocam os pacientes em situação constrangedora (HERMIDA, 2004; NEVES; SHIMIZU, 2010).

Este estudo vem se assemelhar com os resultados da pesquisa em questão, principalmente na resposta de E1, que cita boa parte das dificuldades acima enfatizadas.

Ainda de acordo com Hermida (2004) e Neves; Shimizu (2010), o fator que dificulta o processo de implantação da SAE, se apresenta no âmbito da organização, em destaque, a carência de pessoal de enfermagem/enfermeiros, identificado em seus estudos.

Assim, é preciso salientar a responsabilidade das instituições propiciarem todas as condições necessárias para que o enfermeiro execute de forma efetiva o planejamento da assistência, pois não basta somente fazê-lo, mas sim fazê-lo bem, não bastando somente exigir, mas também oferecer condições (HERMIDA, 2004).

Este fato associa-se com a resposta de E2, que enfatiza ser corrido o trabalho da enfermagem no setor estudado, visto que há pouco profissional enfermeiro e alta demanda de RNs prematuros aos seus cuidados.

Então destaca-se que todas as obras citadas relatam problemas de gestão que sobrecarregam os enfermeiros, dificultando a aplicação da SAE.

Segundo COFEN (2009), art. 1º o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado do profissional de Enfermagem. Tendo em vista que no ambiente escolhido para a realização deste estudo, a SAE ainda não foi implementada, questionou-se a tentativa de utilização da mesma na assistência ao prematuro, estando as respostas descritas no Quadro 07.

Analisando estes resultados, é possível notar a ausência de uma assistência sistematizada, se tornando nítida as dificuldades de instituir os métodos de assistência no setor, como a falta de material adequado, falta de tempo para desenvolver todas as etapas do processo e a troca de funcionários, o que justifica a resposta daquelas que disseram não realizar nada.

No entanto, em parte, algumas enfermeiras tem a preocupação de tentar desenvolver a SAE e utilizar o PE em suas atividades, o que se torna um fator positivo com referência ao cuidado prestado aos prematuros.

No estudo realizado por Porto; França e Ferrari (2013) em uma UTI - Neonatal do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes, com o objetivo de analisar a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na UTI, também foram apresentados resultados que trazem firmeza a este estudo, onde 60% dos enfermeiros relataram que não utilizam a SAE.

Quadro 07 - Respostas elaboradas pelas profissionais quanto a utilização da SAE e PE de forma individual na assistência ao recém-nascido prematuro

Identificação	Respostas
E1	Eu utilizo algumas etapas que me são possíveis, conforme o meu tempo. Colho todo o histórico do RNPT, faço o exame físico minucioso, tento utilizar a estrutura que temos da melhor forma no atendimento. Por falta de impresso os diagnósticos de enfermagem por exemplo não são pautados, não dá de prescrever cuidados de forma sequencial. No meu plantão ao menos não dá de fazer, outra coisa é a troca constante de funcionários
E2	Não, não é padronizado para todo mundo fazer, o controle de quem faz com quem, não faço.
E3	Eu consigo utilizar em partes, durante o acolhimento ao RN, no exame físico, planejo meus cuidados.
E4	Não, presto os cuidados, e faço a evolução apenas.

Em algumas instituições de saúde, existem os chamados rodízios de equipe, onde os enfermeiros dentro de um período de tempo, são encaminhados para outros setores afim de que cumpram os afazeres de enfermagem.

Com base neste fato, um estudo qualitativo, realizado com 22 profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, em um hospital estadual de média complexidade de uma cidade do sul do Brasil, os profissionais relatam sensação de medo, ansiedade, raiva, resistência e principalmente insegurança ao lidarem com a situação (PINHATTI *et al.*, 2017). Fundamentado na fala de E1, o rodizio de pessoal também é relatado como um fator problemático na UCI de Itaituba, que dificulta a implantação da SAE.

Contudo destaca-se que a gestão precisa se sensibilizar quanto a esta modalidade de organização e planejamento, visto que os profissionais têm disposição para desenvolver este processo, mas precisam de apoio no que diz respeito a

insumos, recursos humanos e estímulo a capacitação profissional, o que trará resultados significativos na assistência e no aspecto financeiro, a médio e longo prazo.

5 CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados apresentados, nota-se que a UCI neonatal de Itaituba, conta com uma equipe multiprofissional composta por médico, técnicos de enfermagem e enfermeiros, este último sendo o foco da pesquisa. Analisando o perfil profissional, constatou-se que todas as enfermeiras entrevistadas são do sexo feminino, trabalham no setor sob modalidades efetivas (50%) e temporárias (50%), todas possuem especialização específica em cuidados neonatais, 50% concluídas e 50% em andamento, o tempo de graduação varia entre 3 e 10 anos, a profissional com menos tempo na unidade, tem 2 anos e 9 meses, e a com mais tempo tem 6 anos.

Foi possível constatar ainda que as enfermeiras pesquisadas, possuem um conhecimento prévio sobre o conceito de SAE e que reconhecem o valor da mesma, como um importante instrumento no cuidar da enfermagem, que contribui significativamente para a melhora dos pacientes. O foco da assistência de enfermagem prestada ao prematuro na UCI, mostrou-se voltado para a realização de procedimentos técnicos, como verificação dos parâmetros vitais, higienização, nutrição, além de orientação das genitoras quanto ao aleitamento.

Foram evidenciadas, as dificuldades encontradas para a não implementação da SAE na unidade pesquisada, sendo citadas: escassez de tempo e recursos humanos, déficit de conhecimento sobre a SAE, rodizio de funcionários, falta de recursos materiais, falta de envolvimento da equipe e a ausência de capacitação.

Considerando a complexidade e importância do SAE, mostrou-se imprescindível a necessidade de aprofundamento do conhecimento científico dos enfermeiros, através de incentivo e implantação de rotinas que promovam a utilização de métodos técnico/científicos, considerando que o conhecimento e entendimento da temática em questão, tem a trazer grandes benefícios, tanto ao profissional quanto ao paciente, e os entraves do cotidiano da assistência de enfermagem, não podem ser maiores que o desejo de oferecer uma assistência de qualidade.

Sendo assim, a implementação da SAE nos serviços de saúde mostra-se fundamental para que a enfermagem se concretize como profissão baseada no conhecimento científico, fortalecendo o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem, devendo os mesmos, receber e se dedicar a SAE, afim de aprimorá-la conforme ambiente e necessidade de sua unidade.

REFERÊNCIAS

ALFARO, L. F. R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALMEIDA, M. F. B.; REGO, M. A. S.; COSTA, H. P. F. **Infra-Estrutura para atendimento integral ao recém-nascido**. Documento científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2010. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/SBP-DC-neoInfraestruturaintegral19nov2010.pdf>. Acesso em: 12 mar 2020.

ALMEIDA, T. S. O. DE; LINS, R. P.; CAMÊLO, A. DE L.; MELLO, D. C. C. L. DE. INVESTIGAÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO DA PREMATURIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 301-308, 2013.

ALTON, M.; MERICLE, J.; BRANDON, D. One Intensive Care Nursery's Experience with Enhancing Patient Safety. **Adv Neonatal Care**, Bethesda, v. 6, ed. 3, p. 112-9, 2006.

ASSUNÇÃO, P. L.; NOVAES, H. M. D.; ALENCAR, G. P.; MELO, A. S. O.; ALMEIDA, M. F. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1078-1090, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600007>> Acesso em: 12 jan 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo. Ed. 70, 2016.

BARROS, A. L. B.; *et al.* **Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – São Paulo : COREN-SP, 2015. 113 p**

BERWANGER, D. C.; MATOS, F. G. O. A.; OLIVEIRA, J. L. C.; ALVES, D. C. I.; HOFSTATTER, L. M.; TONINI, N. S.; FUJII-NETA, A. Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 257, p. 3204-3208, 2019.

BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 57-69, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de medicina social. Organização Pan-Americana de Saúde. **Trabalho e educação em saúde no Mercosul**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestação de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf>. Acesso em: 02 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso**. Método canguru. Manual técnico. 2ª Edição Série A. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 20 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru**: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, T. B.; BARBOSA, A. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Aspiração do tubo orotraqueal e de vias aéreas superiores: alterações nos parâmetros fisiológicos em recém-nascidos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 08, 2011.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CASTILHO N. C; RIBEIRO, P. C; CHIRELLI M.Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, v.18, n. 2, p. 280-289, 2009.

CAVALCANTE, R. B; OTONI A; BERNARDES M. F. V. G; CUNHA S. G. S; SANTOS C. S; SILVA P. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria. v. 1, n. 3, p. 461-471, 2011. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2832/2396>> Acesso em: 03. Mai. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 29 jul 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 03 ago 2019.

CRUVINE, F.G; PAULETTI, C. M. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n. 1, p.102-125, 2009.

DEL'ANGELOI N; GÓES F. S. N; DALRI M. C. B; LEITE A. M; FURTADO M. C. C; SCOCHI C. G. S. Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 755-61, 2010.

DÓRIA, T.M. Trabalho de parto prematuro, prevenção e predição. **Rev. FEMINA**, v. 39, n. 9, p. 444-449, 2011.

EDGARD-JÚNIOR. **OMS lança guia para evitar nascimento de bebês prematuros**. Rádio das Nações Unidas. Nova York, 2015. Disponível em: <<http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2015/08/oms>>. Acesso em: 28 Set 2019.

FLECK. A. **O bebê Imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de pós-graduação em Psicologia, Porto Alegre, 2011.

GAÍVA, M. A. M.; GOMES, M. M. F.; SCOCHI, C. G. S.; BARBEIRA, C. B. S. Aleitamento materno em recém-nascidos internados em UTI neonatal de um Hospital Universitário de Cuiabá-MT. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 119-130, 2000.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 3, n. 2, p. 25-32, 2004.

GASPARDO, C. M.; MARTINEZ, F. E.; LINHARES, M. B. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. **Rev Paul Pediatr**. São Paulo, vol.28, n.1, pp.77-85.2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n1/v28n1a13.pdf>> Acesso em: 01 set 2019.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4º edição. Ed. Atlas. São Paulo. 2002, p. 53.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.6, p.733-7, 2004.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. **Senso de 2018**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>> Acesso em: 19 mar 2018.

KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo – SP v. 46, n. 1, p. 45-51, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a06.pdf>> Acesso em: 11 jun. 2019.

MANGUEIRA, S. O.; LIMA, J. T. S.; COSTA, S. L. A.; NÓBREGA, M. M. L.; LOPES, M. V. O. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 3, n. 3, p. 135-138, 2012.

MARCOLINO, E. C. **Formação de enfermeiros para prescrição de medicamentos na atenção básica**: Estudo de Caso. 2012. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campina Grande, Paraíba, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, S.A. 2003.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012.

MATIJASEVICH, A.; SILVEIRA, M. F.; MATOS, A. C. G.; RABELLO-NETO, D.; FERNANDES, R. M.; MARANHÃO, A. G.; CORTEZ-ESCALANTE, J. J.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 557-564, 2013.

MOLA, R.; DIAS, M. L.; COSTA, J. F.; FERNANDES, F. E. C. V.; LIRA, G. G. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Fun Care Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 887-893, 2019.

MOREIRA, M. E. L. **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. 564 p.

NETTINA, S. M. Manual de prática de enfermagem. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 1159 p.

NEVES R. S; SHIMIZU H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev. bras. enferm.* Brasília, DF 2010, vol.63, n.2, pp.222-229. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200009>>

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEN, 2009.

OLIVEIRA, M. F. V.; CARRARO, T. E. Cuidado em heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 2, p. 376, 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Born Too Soon**: The Global Action Report on Preterm Birth. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Parto prematuro**. Genebra: OMS, 2015. Disponível a partir de: Disponível em:<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em: 25 nov 2019.

PEREIRA, I. C. B. F. Cuidar: Sentido genérico/sentido profissional. **Revista Sevir**, Florianópolis, v. 44, n.1, p.34-56, 2016.

PINHATTI, E. D. G.; VANNUCHI, M. T. O.; SARDINHA, D. S. C.; HADDAD, M. C. L. Rodízio de profissionais de enfermagem entre setores de um hospital: ferramenta gerencial na resolução de conflitos. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, p. 118-15, 2017.

PIRES, Á.; *et al.* **Amostragem e pesquisa qualitativa**: ensaio teórico e metodológico. Petrópolis: Ed. Vozes; 2008. p. 154-211.

PORTO, E. S.; FRANÇA, F.; FERRARI, M. Implementação da sistematização da assistência de Enfermagem na uti neonatal do hospital regional de Cáceres-MT. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, Cáceres, v. 4, n. 1, p. 1397-1403, 2013.

PRESBYTERO, R.; COSTA, M. L. V.; SANTOS, R. C. S. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 125-132, 2010.

PRESTES, M. L. M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: Do planejamento aos textos, da escola à academia**. 4 ed. São Paulo: Rêspel, 2012.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico**: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 3 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, O. C. A.; SANT'ANA, R. S. E.; OLIVEIRA, S. C.; MOINHOS, A. S.; SANTOS, L. S. Nurse's perception in front of the implementation of nursing diagnosis and prescription. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 6, n. 6, p. 1346-51, 2012. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../3968>. Acesso em: 12 mar 2013.

RIPSA, 2009. Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Demografia e saúde**: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 144 p.

RPQ. Revista Pesquisa Qualitativa. **Sociedade de Estudos e Pesquisa Qualitativos**. Editora UNESP, ano 1, v. 1, 2005, 175 p.

SALGE, A. K. M; VIEIRA, A. V. D. C; AGUIAR, A. K. A; LOBO, S. F; XAVIER, R. M; LAIDILCE, T. Z; CORREA. R. R. M; SIQUEIRA, K. M; GUIMARÃES, J. V; ROCHA, K. M. N; CHIMEM, B. M; SILVA, R. C. R. E: **Fatores maternos e neonatais associados á prematuridade**. Rev. Eletr. Enf. Goiás, setembro 2009.

SANTOS, I. M. F.; FONTES, N. C. F.; SILVA, R. S.; BRITO, S. S. J. **SAE - Sistematização da assistência de enfermagem**: Guia prático. Salvador: COREN - BA, 2016.

SANTOS, W.N. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Journal of Management and Primary Health Care**. v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/210/213>> Acesso em: 10. Out. 2019.

SEGUNDO, W. G. B; BARROS, R. M. O; CAMELO, N. M. M; MARTINS, A. E. B. V; RAMOS, H. D. N; ALMEIDA, C. V. B. A importância das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e de cuidados intermediários neonatal (UCIN) para o recém-nascidos prematuros. **Rev. Nova Esperança**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 85-90, 2018.

SILVA R. M. M; MENEZES C, C, S; CARDOSO L. L; FRANÇA A. F. OUCHI. Vivências de Famílias de Neonatos Prematuros Hospitalizados em Unidades de terapia Intensiva Neonatal: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 1-13, 2016.

SILVEIRA, M. F.; MATIJASEVICH, A.; HORTA, B. L; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A.; RONDÓ, P. H. C.; LUNARDELLI, A. N.; PERES, M. A.; GURGEL, R. Q.; CUNHA, A. L.; CALVANO, L. M.; JOFFRE-AMIN, J. R. ; LEAL, M. C.; MATOS, A. C. G.; MARANHÃO, A. G.; CORTEZ-ESCALANTE, J. J.; BARROS, A. J. D.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 992-1000, 2013.

SILVEIRA, M. F., SANTOS, I. S.; BARROS, A. J. D.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**. 2009.

SZCZESNY. L. **Prematuros**: uma luta pela vida. 2016. Disponível em: <<https://www.prematuridade.com/index.php/noticia-mod-interna/prematuros-uma-luta-pela-vida-8150>>. Acesso em: 04 mar 2020.

TAMEZ, R. **Enfermagem em UTI neonatal**. 6ª edição. Ed. Guanabara Koogan, 2017.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Guia Prático. 2º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TRUPPEL, T. C.; MELER, M. J.; CALIXTO, R. C.; PERUZZO, S. A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-7, 2009.

VENTURI, K. K. **Qualidade do cuidado em UTI**: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2009.

VENTURI, I. **Parto prematuro**: principais causas e consequências da prematuridade. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem - Bacharelado) – Faculdade Jangada, Jaraguá do Sul - SC, 2015.

VIEIRA, G.B. **Percepção dos Enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Neonatologia e Pediatria**. 2013. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2013.

WIKI. **Avaliação do paciente**: elaboração do plano de cuidados – Sistematização da assistência de enfermagem (SAE). 2016. Disponível em: <<http://wiki.eprimecare.com.br/avalia>>. Acesso em: 14 mar 2020.

APÊNDICE

Dados pessoais	
Idade: _____	Sexo: M (☐) F (☐)
Cargo: _____ Setor: _____	
Turno: _____	
Condição: (☐) Efetivo (☐) Temporário	
Tempo de serviço: _____	
Titulação: _____	

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Qual a assistência de enfermagem prestada aos recém-nascidos prematuros pelos enfermeiros da unidade de cuidados intermediários do hospital?
2. Existe um protocolo de cuidados aplicado pelos enfermeiros na realização da assistência?
3. A unidade de serviço que você trabalha utiliza a SAE? Se sim, explique como se dá.
4. O que você entende por Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)?
5. Você utiliza a SAE e PE no seu trabalho como enfermeiro na assistência ao recém-nascido prematuro?
6. Qual a importância da aplicação da SAE e do Processo de Enfermagem no atendimento ao RNP?