

Adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente admitido em unidade neonatal

- | **Maria Alice Fonseca Damaceno**
Hospital Sofia Feldman
- | **Camilla Lorraine Moreira Dias**
Hospital Sofia Feldman
- | **Léia Arcanjo Mendes**
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
- | **Allana dos Reis Corrêa**
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
- | **Anna Caroline Leite Costa**
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
- | **Delma Aurélia da Silva Simão**
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
- | **Daniela Cristina Zica Silva**
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
- | **Bruna Figueiredo Manzo**
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

RESUMO

Objetivo: descrever a adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente na admissão nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** estudo transversal, realizado por meio de observação direta e registros de ações realizadas em 119 neonatos admitidos na unidade neonatal de um hospital de Belo Horizonte por meio do “*Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”. A análise descritiva dos dados foi utilizada. **Resultados:** evidenciou-se adesão ao uso das pulseiras de identificação em 79,8% das observações. A identificação dos rótulos das soluções/bombas de infusão foi constatada em 59,7%. 33,6% das incubadoras e berços aquecidos não apresentavam a temperatura e umidificação adequadas e 55,5% desses estavam destravados. **Conclusão:** O estudo evidencia adesão parcial às ações de segurança na admissão de neonatos. Assim, os dados podem contribuir para a formulação de estratégias que promovam uma assistência mais segura.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem, Lista de Checagem, Neonatologia, Qualidade de Assistência à Saúde, Segurança do Paciente.

■ INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, e o uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Visando o seu alcance, a OMS divulgou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com diretrizes a serem seguidas visando um cuidado seguro e de qualidade para a população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No cenário nacional, no ano de 2013, o Ministério da Saúde apresentou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, instituindo o tema como uma política de saúde no cenário brasileiro (BRASIL, 2013). O seu objetivo geral é a promoção da melhoria da qualidade do cuidado nos estabelecimentos de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e a redução dos eventos adversos, por meio de uma assistência segura (BRASIL, 2013).

Com relação aos eventos adversos (EA), sabe-se que recém-nascidos (RN) internados em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) apresentam vulnerabilidade devido às condições de nascimento, como a prematuridade, instabilidade fisiológica, o baixo peso ao nascer, exposição aos potenciais riscos de infecções, e o tempo prolongado de internação, os quais os colocam ainda em maior exposição ao risco de sofrer algum tipo de incidente (SOUSA *et al.*, 2017; MOURA, MOURA, WEGNER, HOFFMEISTE, 2020).

Os estudos científicos descrevem que 84% dos RN internados nas unidades de neonatologia sofram algum incidente durante a sua internação, os quais podem ocorrer mais de uma vez, sendo mais frequentes os erros relacionados a medicação, aos dispositivos intravenosos, a exteriorização não programada de dispositivos invasivos e às lesões de pele (HOFFMEISTER, MOURA, MACEDO, 2019). Em relação ao momento da admissão, destaca-se a ocorrência de distúrbios de termorregulação e de glicemia, erros de comunicação da equipe, transferência do paciente da sala de parto e unidade neonatal de forma inadequada, além de falhas nos processos de identificação do paciente (SOUSA *et al.*, 2017). Porém, os autores alertam que a atenção aos cuidados seguros durante a admissão pode culminar em menores riscos de EA e melhores desfechos para os pacientes (OLIVEIRA, 2014). Desse modo, conhecer como os cuidados de enfermagem tem sido feito ao neonato na admissão pode fornecer aos profissionais elementos importantes para a melhoria da assistência (OLIVEIRA, 2014).

Em um ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem está frequentemente à beira do leito e é responsável por grande parte dos procedimentos realizados aos pacientes durante sua hospitalização (BAÑUELOS, GUTIÉRREZ, VELÁZQUEZ, RUBIO, 2012). A forma com

que os cuidados de enfermagem são realizados durante admissão do RN tem impacto importante nos seus desfechos clínicos, sendo assim, é essencial que esse cuidado seja pautado em evidências científicas na tentativa de prevenir a ocorrência de EA (BAÑUELOS, GUTIÉRREZ, VELÁZQUEZ, RUBIO, 2012).

Nessa direção, a literatura recomenda a adoção de estratégias para detectar e prevenir a ocorrência desses EA (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2015). Uma ferramenta importante é o *checklist*, que consiste de uma lista de verificação com intuito de auxiliar a equipe de saúde a resguardar o cuidado seguro e livre de danos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2015). Pode ser facilmente utilizada após treinamento e capacitação, além de incentivar o desenvolvimento de habilidades de cuidado e a capacidade de reconhecer iatrogenias, além de preveni-las, contribuindo para uma assistência mais segura e eficaz (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2015).

Pesquisas encontradas até o momento visam à descrição dos EA que ocorrem em RN, mas sem mencionar a adesão dos profissionais às práticas seguras durante a admissão do paciente neonatal. Diante disso, surgiu a pergunta de pesquisa: Qual é a adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente no momento de admissão na UTIN? Portanto, o objetivo desse estudo é descrever, por meio de um *checklist* previamente validado, a adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente na admissão, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Os resultados apresentados nesse estudo podem estimular reflexões sobre o contexto de prática clínica e auxiliar na produção de estratégias que visam os cuidados seguros na admissão do neonato. Ademais, pode promover articulação entre as atividades de ensino e processo de trabalho, a partir das evidências de necessidade de aprimoramento da admissão do neonato.

■ MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa e delineamento transversal, que utilizou como ferramenta norteadora o STROBE, que indica os itens necessários que devem conter em um estudo observacional (MALTA, 2020).

O cenário do estudo foi uma unidade neonatal de um hospital filantrópico de Belo Horizonte, Minas Gerais, o qual é referência em atenção à saúde obstétrica e neonatal de alto risco, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. O local conta com 91 leitos, dos quais 52 são destinados a pacientes com perfil de UTIN, distribuídos em cinco salas. Os pacientes são divididos na sala conforme a idade gestacional de nascimento, peso e condição clínica.

Para a coleta dos dados, foi utilizado o instrumento intitulado “*Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”¹⁰. O instrumento foi elaborado a partir das metas internacionais de segurança do paciente, e todos os itens foram validados por especialistas, considerando o Índice de Validade de Conteúdo superior a 0,90 (SILVA. 2019).

O *checklist* engloba seis dimensões denominadas: identificação do paciente, comunicação efetiva, segurança medicamentosa, prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, prevenção de queda e prevenção de lesão de pele. Cada dimensão se subdivide em itens, de modo que a primeira, segunda, quarta, quinta e sexta dimensões se dividem em três itens cada, enquanto a terceira se divide em apenas dois itens, totalizando assim, 17 itens.

Os itens do *checklist* avaliam a presença e conferência da pulseira de identificação e da placa de identificação presente no leito; se o acompanhante foi incentivado a permanecer com o RN e se foram orientados quanto às rotinas do setor, indicação de internação e procedimentos realizados na admissão; a presença de identificação e conferência das soluções, bombas de infusão e linhas de acesso venoso; ações que visam à prevenção de infecção, sendo a presença de solução alcóolica próxima ao leito e os cuidados com a temperatura e umidificação dos berços e incubadoras de acordo com a idade gestacional e necessidade do RN.

Além disso, os itens do *checklist* ainda avalia se as travas das rodas dos berços e incubadoras estão ativadas e se suas portas laterais e portinholas estão fechadas; se as bandejas de elevação da cabeceira estão funcionantes e elevadas, se os cuidados com a fixação dos dispositivos na pele; realização de mudança de decúbito, e retirada de clorexidina da pele são feitos de maneira adequada. A confirmação dos itens de orientação dos acompanhantes foi realizada por meio de pergunta direta aos envolvidos quando não puderam ser observados pela pesquisadora, sendo possível identificar se as orientações dadas foram feitas de maneira clara e objetiva para o entendimento dos mesmos.

Cada um desses itens foi avaliado a partir da classificação “conforme”, “não conforme” e “não se aplica”. O termo “não se aplica” foi utilizado para os casos em que o RN não utilizava acesso intravenoso e/ou dispositivos e quando não havia sido utilizado clorexidina para degermação da pele em algum procedimento.

Para a dimensão “prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde”, no item referente à temperatura da incubadora, foi considerada a sua adequação conforme peso, idade gestacional e horas de vida (FANAROFF, FANAROFF, 2019).

Para a coleta de dados, foi necessária a realização de adaptações no conteúdo do *checklist* relativo à dimensão identificação do paciente, no qual foram conferidos nos dados da pulseira o nome completo da mãe e o número do prontuário do RN; À placa de identificação,

a qual considerou as informações do nome completo da mãe e data de nascimento do RN. Ressalta-se que essas alterações visaram a adequação do *checklist* aos protocolos e modelos de impressos padronizados pela instituição, porém sem acarretar prejuízo em relação aos objetivos do instrumento.

O quantitativo total de profissionais da neonatologia é de 35 enfermeiros e 172 técnicos de enfermagem. Na instituição, há a rotatividade de profissionais que prestam assistência nas UTIN e nas UCIN, sendo convidados a participar do estudo apenas aqueles que prestavam assistência direta nas UTIN durante a coleta de dados. Foram excluídos profissionais que estavam em treinamento, de licença-maternidade, afastados por licença-médica e aqueles que não estavam prestando assistência direta nas UTIN durante a coleta. Assim, a amostra final do estudo foi composta por 82 profissionais, sendo 14 enfermeiros e 68 técnicos de enfermagem que atenderam a todos os critérios de inclusão da pesquisa. Do total de profissionais que aceitaram participar do estudo, nem todos foram observados, visto que alguns não estiveram responsáveis pelas admissões ocorridas durante o período.

Para a determinação do número de admissões de RN a serem observadas, adotou-se o critério de conveniência em virtude da ausência de estudos prévios que definissem um mínimo de admissões necessários para observação de não conformidades analisadas por meio de um instrumento validado. Nesse caso, realizou-se um cálculo amostral considerando população de 150 pacientes ao longo de dois meses, uma prevalência genérica do evento de 50%, para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, de modo que o total de admissões a serem observadas foi calculado em 119 neonatos.

Antes do início da coleta de dados, foram realizadas reuniões com a coordenação e com a equipe de enfermagem, a fim de explicar a proposta da pesquisa, seu objetivo e metodologia, além de reforçar a sua importância. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue aos profissionais para tomada de decisão sobre a participação no estudo. Em seguida, as assinaturas e os dados sociodemográficos dos profissionais (sexo, idade, escolaridade, tempo de formação e de atuação na instituição, carga horária de trabalho semanal e participação em treinamento sobre segurança do paciente) foram coletadas. Todas as informações foram coletadas mantendo o anonimato do profissional.

Após esses momentos, deu-se início à coleta de dados por meio da observação não participante, na qual a coleta das informações ocorre sem o envolvimento direto do pesquisador, sendo realizada durante os meses de outubro de 2020 a abril de 2021, em qualquer dia da semana, tanto no período diurno quanto noturno. A pesquisadora realizava a identificação das admissões de RN ocorridas nas últimas 12 horas e permanecia na unidade pelo tempo necessário para coletar as informações referentes a todos os itens do *checklist*, observando o leito do RN, seus equipamentos e as ações dos profissionais de enfermagem

ao realizarem as rotinas e procedimentos e se as mesmas estavam de acordo com os itens propostos pelo *checklist*. Ressalta-se que na instituição participante, as admissões são realizadas com a participação de pelo menos um enfermeiro e um técnico de enfermagem.

Os dados coletados foram transferidos para planilha no *Microsoft Excel 2016*® e analisados no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*® versão 20.0. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Após a avaliação pelo teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, as variáveis quantitativas foram determinadas as medidas de tendência central (mediana) e medidas de dispersão (mínimo e máximo).

O projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da instituição na qual ocorreu a pesquisa, conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado com o parecer n. 3.662.57 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 15196919.9.1001.5149. A pesquisa foi realizada cumprindo os padrões éticos exigidos.

■ RESULTADOS

Os profissionais da equipe de enfermagem que aceitaram participar do estudo possuíam de 21 a 46 anos de idade e 78 (95,1%) da amostra foi do sexo feminino. O tempo de atuação dos profissionais na instituição variou de quatro meses a 20 anos. Quanto ao turno de trabalho, 43 (52,4%) da amostra atuava no noturno e 39 (47,6%) no diurno. Todos os profissionais responderam sim para a pergunta referente à participação em treinamentos e capacitações referentes às ações de segurança do paciente no último ano.

Durante o período de observação foram preenchidos, na íntegra, 119 registros do “*Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”.

Os resultados referentes à aplicação do *checklist* quanto à adesão às ações de segurança do paciente estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência de adesão dos profissionais de enfermagem em relação às ações de segurança do paciente neonatal durante a admissão dos recém-nascidos na unidade neonatal. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021. (n=119)

Parâmetros	Sim	Não	Não se aplica	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Identificação do paciente				
Pulseira afixada em algum dos membros contendo nome completo da mãe e número do prontuário do RN legíveis.	95 (79,8)	24 (20,2)	0 (0,0)	119 (100,0)
Dados da pulseira do RN conferidos com os dados maternos por meio de dupla checagem com o pai, ou um acompanhante ou outro profissional de saúde (na ausência do primeiro).	0 (0,0)	119 (100,0)	0 (0,0)	119 (100,0)
Placa de identificação do leito contendo nome completo da mãe e data de nascimento do RN legíveis.	82 (68,9)	37 (31,1)	0 (0,0)	119 (100,0)
Comunicação efetiva				
Acompanhante orientado com linguagem acessível quanto à rotina do setor e indicação de internação.	85 (71,4)	34 (28,6)	0 (0,0)	119 (100,0)
Acompanhante encorajado a estar ao lado do RN.	87 (73,1)	32 (26,9)	0 (0,0)	119 (100,0)
Acompanhante orientado quanto ao plano de cuidados proposto para o RN, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber.	84 (71,0)	35 (29,0)	0 (0,0)	119 (100,0)
Segurança medicamentosa				
Linhas de acesso vascular identificados com a solução correspondente à infusão e conectores ajustados.	71 (59,7)	11 (9,2)	37 (31,1)*	119 (100,0)
Bombas de infusão e rótulos das soluções conferidos e identificados com a solução preparada, nome de quem preparou, data e hora, legíveis.	69 (58,0)	12 (10,1)	38 (31,9)*	119 (100,0)
Prevenção de infecção				
Profissionais de enfermagem ciente quanto às informações sobre prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.	119 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	119 (100,0)
Solução alcoólica 70% disponível no leito.	111 (93,3)	8 (6,7)	0 (0,0)	119 (100,0)
Temperatura e umidificação da incubadora ou do berço adequados para a idade gestacional e para necessidade do RN. †	79 (66,4)	40 (33,6)	0 (0,0)	119 (100,0)
Prevenção de queda				
Rodas dos berços ou incubadoras travadas.	53 (44,5)	66 (55,5)	0 (0,0)	119 (100,0)
Laterais do berço aquecido ou portinholas travadas.	114 (95,8)	5 (4,2)	0 (0,0)	119 (100,0)
Bandeja da incubadora e elevação da cabeceira do berço ou incubadora funcionantes.	88 (73,9)	12 (10,1)	19 (16,0)	119 (100,0)
Prevenção de lesão				
Sonda gástrica e dispositivos vasculares, ventilatórios e ou de monitorização posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões.	118 (99,2)	1 (0,8)	0 (0,0)	119 (100,0)
Profissional de enfermagem orientado quanto ao posicionamento do RN, incluindo a periodicidade da mudança de decúbito/ alívio de pressão conforme condição clínica.	119 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	119 (100,0)
Retirada da clorexidina residual da pele do RN.	34 (28,6)	6 (5,0)	79 (66,4) ‡	119 (100,0)

Nota: RN - Recém-nascido; *Neonatos que não apresentavam acessos venosos; † Temperatura e umidificação avaliados conforme o disposto por Fanaroff A e Klaus M em "The physical environment"(11); ‡ Neonatos que não passaram por procedimentos utilizando clorexidina

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

■ DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar os pontos de fragilidade e as potencialidades em relação às ações de segurança realizadas pelos profissionais de enfermagem durante a admissão dos neonatos na UTIN.

Observou-se maior frequência de adesão ao uso da pulseira de identificação no presente estudo em relação à uma pesquisa realizada em uma unidade neonatal no Rio de Janeiro, Brasil, que evidenciou adesão de 77,5% (GOMES *et al.*, 2017). Porém, apresentou adesão superior à checagem da pulseira antes de apresentar o neonato ao familiar (10,7%) e antes da realização de procedimentos (11,7%) em comparação a esse estudo (GOMES *et al.*, 2017). Falhas na identificação correta do paciente e a falta de conferência dos dados antes da realização dos cuidados terapêuticos predispõem o RN à ocorrência de EA potencialmente graves, como erros de administração de medicamentos e procedimentos realizados em pacientes trocados (GOMES *et al.*, 2017).

Quanto ao uso da placa de identificação no leito do RN, o presente estudo obteve adesão inferior a um estudo realizado no sul do Brasil, no qual 98% dos 96 pacientes observados possuíam placa de identificação no leito (BERNAL *et al.*, 2018). Em contrapartida, nenhum dos pacientes utilizava pulseira de identificação (BERNAL *et al.*, 2018).

A placa de identificação no leito do paciente é uma importante estratégia de melhoria para sua segurança, porém seu uso isolado pode gerar riscos ao paciente, visto que a placa muitas vezes não acompanha o paciente durante o transporte para outros ambientes (BERNAL *et al.*, 2018). Ademais, a placa pode conter dados insuficientes que não assegurem a identificação correta, reforçando assim, a necessidade do uso da pulseira de identificação (BERNAL *et al.*, 2018).

Em relação à comunicação efetiva, a adesão às orientações do acompanhante quanto à rotina do setor, à indicação de internação, aos procedimentos e cuidados a serem realizados durante a admissão e o encorajamento para que permanecessem perto do RN, tiveram resultados que corroboram com os dados de um estudo realizado em uma maternidade de Belo Horizonte, em que as orientações disponibilizadas de forma clara e objetiva para os pais no momento da admissão foram reconhecidas como estratégias para a promoção da segurança do paciente (SOUSA *et al.*, 2017).

Ao permitir e incentivar a presença dos pais nas UTIN e orientá-los com linguagem de fácil entendimento, os profissionais têm a oportunidade de criar um ambiente mais seguro para o paciente, aproximar os pais da equipe e conferir a eles o papel de protagonistas na segurança da assistência prestada ao seu filho, visto que eles contribuem na identificação e prevenção de incidentes (MOURA, MOURA, WEGNER, HOFFMEISTE, 2020).

Sabe-se que na admissão do RN na UTIN, as mães necessitam de informações a respeito das rotinas do setor e dos procedimentos a serem realizados, sendo de responsabilidade da equipe de enfermagem estar ao lado dos familiares para o esclarecimento de dúvidas (MOURA, MOURA, WEGNER, HOFFMEISTE, 2020). Assim, o acolhimento inicial aos pais contribui para o estabelecimento de vínculo e confiança entre as partes (MOURA, MOURA, WEGNER, HOFFMEISTE, 2020).

A terapia medicamentosa é um processo complexo e predisposto a riscos, podendo levar a erros que afetam a vida do paciente de modo temporário ou permanente, a sua recuperação e o aumento dos custos hospitalares (FORTE *et al.*, 2019). Ainda, os resultados do presente estudo indicam falhas na segurança medicamentosa, em consonância com outro estudo que indicou que das 334 oportunidades de observação do preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos, em nenhum dos procedimentos o profissional executou todas as barreiras de segurança necessárias. As ações de higienização do local do preparo, desinfecção da ampola, conexão, conferência do medicamento/dose/via administrada com a prescrição e checagem dupla dos medicamentos foram as que tiveram menor adesão (VÓRIA *et al.*, 2020). Dado o exposto, para o aperfeiçoamento das medidas relacionadas à prevenção de incidentes relacionadas ao uso de medicamentos, a educação continuada se mostra eficaz, pois ajuda a promover boas práticas baseadas em evidências científicas que embasam os cuidados de enfermagem (FORTE *et al.*, 2019).

Quanto ao item referente à prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, a instituição participante tem como prática rotineira e frequente a oferta de capacitações e treinamentos acerca do tema. Resultados esses, que evidenciam a importância de discussão e reflexão sobre o tema, envolvendo os profissionais de forma ativa na tomada de decisões e criação de protocolos assistenciais pautados na assistência mais segura ao paciente baseada em evidências científicas e aliada a atuação crítica, reflexiva e compromissada dos trabalhadores (FORTE *et al.*, 2019).

Em relação à adaptação do RN ao meio extrauterino, esta tem início imediatamente após o seu nascimento, sendo necessária a adoção de medidas para garantir uma termorregulação adequada (TAVARES *et al.*, 2020). Logo à admissão, deve ser escolhido o sistema biomédico (berço ou incubadora) apropriado para receber esse RN, levando em conta sua idade gestacional, seu peso e horas de vida (TAVARES *et al.*, 2020). Os RN prematuros sofrem ainda mais com a mudança de temperatura e umidificação após o nascimento, visto a imaturidade de sua pele (TAVARES *et al.*, 2020).

A opção de ajuste da temperatura e umidificação das incubadoras contribui para uma melhoria na termorregulação e integridade da pele, reduz a perda de água transepidermica para o meio e auxilia no equilíbrio de fluidos e eletrólitos (TAVARES *et al.*, 2020; NAKA,

FREIRE, SILVA, 2016). Entretanto, o uso da umidificação apresenta algumas desvantagens, como o risco de elevação da temperatura do RN, instabilidade no equilíbrio de fluidos e aumento do risco de sepse (NAKA, FREIRE, SILVA, 2016). Considerando o exposto acima, observa-se que, no presente estudo, em determinados casos, a temperatura da incubadora estava com valores mais elevados em relação ao indicado na literatura científica, o que poderia influenciar no controle metabólico do neonato.

Neste estudo, os resultados foram positivos no que diz respeito à fixação e ao posicionamento adequado dos dispositivos de monitorização utilizados pelos RN, o que se mostra favorável para a prevenção de lesões, especialmente em prematuros em que a pele é frágil e sensível, além de possuir menos estrato córneo com pouca adesão dermoepidérmica e dermosubcutânea, o que favorece a ocorrência de lesões (TAVARES *et al.*, 2020).

Um estudo brasileiro sobre avaliação das condições da pele do RN descreveu o uso de dispositivos como responsável por 50% das lesões por pressão em neonatos, associado ao extravasamento de drogas, incontinências e infecções (SCHAEFER, NEVES, JANTSCH, MAGNAGO, 2019). Diante disso, é imprescindível que os cuidados referentes à prevenção de lesões de pele permaneçam não apenas durante a admissão, mas que continue durante todo o período de internação do RN (BAÑUELOS, GUTIÉRREZ, VELÁZQUEZ, RUBIO, 2012; TAVARES *et al.*, 2020; SCHAEFER, NEVES, JANTSCH, MAGNAGO, 2019).

A capacitação dos profissionais de enfermagem quanto ao posicionamento do RN e mudança de decúbito/alívio de pressão foi evidenciada neste estudo, considerando que essa é uma prática rotineira da instituição participante. Estudos indicam que a mudança de decúbito e o posicionamento adequado do RN favorece a redução do risco de formação de lesões por pressão e deformidades, além de contribuir para maior conforto do RN e melhor crescimento e desenvolvimento, o que torna de extrema importância a manutenção do RN aninhado, alinhado e bem posicionado no leito (SCHAEFER, NEVES, JANTSCH, MAGNAGO, 2019).

Dos RN que utilizaram clorexidina na pele para realização de algum procedimento invasivo, os achados estão em conformidade com o resultado de um estudo de revisão integrativa acerca das estratégias para prevenção de lesão de pele em RN, que observou como um consenso a recomendação de que a clorexidina deve ser removida da pele imediatamente após o uso mediante limpeza com água destilada estéril, a fim de evitar lesões químicas (TAVARES *et al.*, 2020).

No que se refere ao item sobre prevenção de quedas, observa-se maior adesão ao item referente ao travamento das laterais do berço aquecido ou portinholas quando comparado ao uso das travas das rodas dos berços e incubadoras, o que torna o RN vulnerável à queda. Um estudo publicado no México, desenvolveu recomendações para melhorar a segurança na assistência prestada aos RN internados, dentre elas estão o acionamento das

travas das laterais dos berços aquecido e o fechamento das portinholas das incubadoras após o manuseio do RN (MARCATTO, 2021). Ainda, em algumas situações do presente estudo, as portinholas se encontraram abertas após a visita dos pais, mais uma vez destacando a importância de orientá-los adequadamente desde a admissão do RN, ressaltando a necessidade de manter as portinholas das incubadoras fechadas e as laterais dos berços travadas, para diminuir o risco de queda.

Os resultados deste estudo podem oferecer à equipe de enfermagem e aos gestores um diagnóstico das práticas realizadas durante a admissão dos RN na UTIN, apontando pontos de fragilidade e potencialidades. O “*Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal” pode ser aplicado na prática assistencial, contribuindo para a realização de um diagnóstico em relação às práticas de cuidado de enfermagem e a posterior organização de planos de ações que possam contribuir para a segurança do paciente, minimizando a ocorrência de erros potencialmente graves e evitáveis. Pode, ainda, suscitar discussões relacionadas ao contexto de ensino e pesquisa, visto que os estudos sobre o tema na área de neonatologia ainda são limitados.

Como limitação do estudo, considera-se o fato dos dados representarem a realidade de uma única UTIN, entretanto observou-se que dados relacionados a identificação e prevenção de infecção são reportados pela literatura o que mostra a possibilidade de serem frequentes na realidade de outras UTIN.

■ CONCLUSÃO

A aplicação de um instrumento previamente validado no contexto de prática clínica possibilitou a identificação da frequência de adesão dos profissionais da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente neonatal durante sua admissão na UTIN. Os resultados apontam para alto número de conformidades no que diz respeito ao uso de pulseira de identificação, profissionais orientados quanto a ações prevenção de infecção e mudança de decúbito/posicionamento adequado, além de fixação e posicionamento adequado dos dispositivos na pele. Em contrapartida, apresentou baixa adesão aos itens referentes à conferência dos dados da pulseira com os acompanhantes ou outro profissional e acionamento das travas das rodas dos berços e incubadoras, o que expõe os neonatos à ocorrência de EA potencialmente graves.

A metodologia empregada possibilitou a avaliação do contexto em que a assistência de enfermagem é realizada e proporcionou o planejamento e implementação de intervenções. Além disso, a aplicação de um instrumento validado promove a evidencia científica na prática clínica, aumentando assim, a sua confiabilidade.

Diante do exposto, é evidente a relevância dos resultados apresentados, uma vez que a capacitação da equipe de enfermagem se torna indispensável para a adesão de boas práticas na admissão do paciente e conseqüentemente, para a segurança na UTIN. Além disso, espera-se que os resultados contribuam para incrementar o desenvolvimento de estudos por meio da produção de evidências científicas que possibilitem melhores práticas assistenciais.

■ REFERÊNCIAS

1. BAÑUELOS, Lucrecia Guadalupe Sánchez; GUTIÉRREZ, Javier Pérez; VELÁZQUEZ, Flor Elizabeth Tamariz; RUBIO, Margarita Delgado. Seguridad del neonato hospitalizado. Aproximaciones y propuestas. **Enfermería Universitaria**, 2012, v. 9 n.2.
2. BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi; et al. Patient identification practices in a pediatric intensive care unit. **Cogitare Enfermagem**, 2018, v. 23, n. 3, p. e-55390.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013.
4. FANAROFF, Avroy; FANAROFF Jonathan. Care of the High-Risk Neonate. 4th. Elsevier; 2019
5. FORTE, Elaine Cristana Novatzki; et al. Work process: a basis for understanding nursing errors. **Rev Esc Enferm USP**, 2019, v. 53, p. e03489.
6. GOMES, Adriana Pereira Trindade de Souza, et al. The importance of newborn identification to the delivery of safe patient care. **Cogitare Enferm**, 2017, v.22 n. 3, p. e49501.
7. HOFFMEISTER, Louíse Viecili; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; MACEDO, Ana Paula Morais de Carvalho. Learning from mistakes: analyzing incidents in a neonatal care unit. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, 2019, v. 27, p.e3121.
8. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. International Patient Safety Goals. 2015.
9. MALTA, Monica. STROBE initiative: guideline on reporting observational studies. **Ver. Saude Publica**, 2020, v. 44, n. 3, p.559-565.
10. MARCATTO, Juliana de Oliveira; et al. Medical adhesive-related skin injuries in the neonatology department of a teaching hospital. **Nurs. Crit. Care**, 2021, p. 1-6.
11. MOURA, Leila Patrícia de; de MOURA, Gisela Maria Schebella Souto; WEGNER, William; HOFFMEISTE, Louise Viecili. Parents as pillars for patient safety in a neonatal unit. **Revista Enfermagem UERJ**, 2020, v.28, p. e48578.
12. NAKA, Silviane Hoepers; FREIRE, Marcia Helena; SILVA, Regina Paula da. Repercussions of using humidified incubators in thermoregulation of premature: an integrative review. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2016, v. 30, n. 1, p. 382-393.

13. OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risk to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery**, 2014, v. 18, n. 1, p. 9-122.
14. SCHAEFER, Tania Inez Mariga; NEVES, Eliane Tatsch; JANTSCH, Leonardo Bigolin; MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza. Avaliação das condições da pele do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **REAID**, 2019, v. 84, n. 22.
15. SILVA, Daniela Cristina Zica. **Validação De Conteúdo Dos Checklists de Segurança do Paciente no Cuidado de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal**. 2019. Dissertação (Mestrado Cuidar em Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2019.
16. SOUSA, Derijulie Siqueira; et al. Morbidity in extreme low birth weight newborns hospitalized in a high risk public maernity. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, 2017, v.17, n.1, p.149-157.
17. SOUSA, Fernanda Coura Pena; et al. Family participation in patient safety in neonatal units from the nursing perspective. **Texto contexto – enfermagem**, 2017, v. 26, n. 3, p. e1180016.
18. TAVARES, Ingrid Vitória Ramalho; et al. Patient safety in the prevention and care of skin lesions in newborns: integrative review. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, 2020, v. 73, v. 4, p. e20190352.
19. VÓRIA, Jessica Oliveira; et al. Compliance to safety barriers in the medication administration process in pediatrics. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 2020, v. 29, p. e20180358.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **More than word: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. WHO/IER/PSP/2010.2. 2009