



**ROSIANE DA ROSA**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM  
UNIDADE NEONATAL: DESENVOLVIMENTO DE UM  
SOFTWARE-PROTÓTIPO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Linha de atuação: O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer. Vinculado ao Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR).

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Roberta Costa.

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rosa, Rosiane da  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE  
NEONATAL: DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE-PROTÓTIPO /  
Rosiane da Rosa ; orientadora, Dr<sup>a</sup>. Roberta Costa -  
Florianópolis, SC, 2016.  
170 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Teoria de Enfermagem. 3.  
Maternidades. 4. Neonatologia. 5. Software. I. Costa, Dr<sup>a</sup>.  
Roberta. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

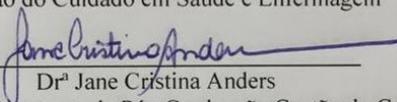
ROSIANE DA ROSA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM  
EM UNIDADE NEONATAL: DESENVOLVIMENTO DE UM  
SOFTWARE-PROTÓTIPO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM**

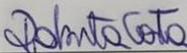
e aprovada em 27 de setembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem. Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem



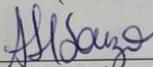
Dr<sup>a</sup> Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em  
Enfermagem

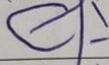
**Banca Examinadora:**



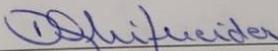
Dr<sup>a</sup>. Roberta Costa  
(Presidente)



Dr<sup>a</sup>. Ana Izabel Tatoba de Souza  
(Membro)



Dr<sup>a</sup>. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
(Membro)



Dr<sup>a</sup>. Dulcineia Ghizoni Schneider  
(Membro)



*Dedico este estudo aos profissionais da saúde que com amor e gratidão cuidam dos recém-nascidos internados em Unidade Neonatal.*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, ao ser divino e aos mestres ascensionados, por estar aqui e poder viver esta experiência.

À minha mãe Rita, pelo carinho e incentivo nos momentos difíceis, por sempre acreditar no meu potencial. Sou grata simplesmente pelo fato de ter me concebido a vida. Amo você!

Ao meu pai Renato, que mesmo distante continua sendo muito importante na minha vida.

Aos meus irmãos, Renata e Jorge, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim. Agradeço por todos os momentos que vivemos juntos, pelas pequenas discussões e grandes conselhos. Nossos laços afetivos são de outras vidas.

A minha madrinha e amiga Dolores, pela ajuda e apoio nesta etapa. Seus bolos fizeram sucesso nos encontros. Amo você!

Agradeço a minha querida orientadora, Roberta Costa, pela dedicação, carinho, amizade, compreensão e conhecimento transmitido nesta etapa. Sem seus ensinamentos não seria possível concretizar este sonho.

Aos pacientes da neonatologia, que sempre me incentivam a melhorar o cuidado e que foram a motivação deste estudo.

As enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que participaram deste trabalho, pela parceria e disponibilidade.

A minha chefe e amiga Karine, que sempre me deu força e incentivo a iniciar o mestrado.

Aos amigos pelo estímulo, apoio, parceria, pelas risadas e momentos de descontração.

Aos professores do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, pela atenção e por colaborarem com o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos colegas e amigos do Curso de Mestrado, pelas experiências compartilhadas e reflexões para melhoria do cuidado de enfermagem.

Ao Grupo de pesquisa da mulher e do recém-nascido – GRUPESMUR, pelo acolhimento, troca de experiências e pelo conhecimento adquirido.

Aos membros da Banca examinadora, pelas significativas contribuições que auxiliaram para melhoria deste estudo.

E finalmente, a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a construção deste trabalho.

Muito obrigada!



*“O amor é a essência da vida”*  
(SRI PREM BABA)



ROSA, Rosiane da. **Sistematização da Assistência em Enfermagem em Unidade Neonatal**: desenvolvimento de um software-protótipo. 2016. 170p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.<sup>1</sup>

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Roberta Costa

**Linha de Atuação:** O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

## RESUMO

Pesquisa metodológica e de produção tecnológica, com objetivo geral de desenvolver um software-protótipo para operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na unidade neonatal. O estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública do sul do Brasil. Os participantes foram num primeiro momento 15 enfermeiras e num segundo momento todas enfermeiras da unidade neonatal, totalizando 9 enfermeiras. O estudo respeitou os princípios e questões éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado sobre CAAE 49515215.1.0000.0114. A coleta de dados ocorreu em dois momentos distintos no período de maio de 2015 a setembro de 2016. Na primeira fase ocorreu a revisão de literatura sobre os referenciais teóricos utilizados na área materno infantil, levantamento documental sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem existentes na maternidade, prática educativa com 15 enfermeiras da instituição e encontros para discussão sobre o cotidiano da assistência. Nesta última foi definido o referencial teórico com todos os enfermeiros da Instituição. A fase de planejamento do software ocorreu em quatro encontros com as enfermeiras da unidade neonatal, a fim de organizar uma ferramenta para operacionalização do processo de enfermagem na unidade. Em seguida, ocorreu a fase de desenvolvimento do protótipo, tendo a contribuição de uma programadora. Para a avaliação do protótipo realizou-se uma reunião com as enfermeiras da unidade neonatal, para apresentar o software-protótipo e avaliar a funcionalidade, usabilidade e portabilidade. Os dados foram registrados em áudio e em diário de campo. Os dados foram analisados de forma descritiva na primeira etapa buscando identificar os temas emergentes, que foram: conhecimento das enfermeiras sobre

---

<sup>1</sup> Esta Dissertação de Mestrado foi financiada pelo Programa UNIEDU/FUMDES da Secretaria do Estado da Educação de Santa Catarina.

Teorias de Enfermagem; dificuldades para implementação da sistematização da assistência de enfermagem; importância do referencial para subsidiar a prática e; a prática educativa como possibilidade para efetivação da sistematização da assistência de enfermagem. Os resultados apontaram a escolha pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas como mais pertinente para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na maternidade. A realização da prática educativa trouxe contribuições por fomentar discussão e reflexão sobre a temática, destacando a importância do referencial teórico para guiar o processo de trabalho. Realizou-se um software-protótipo denominado SENFNEO (Sistema de Enfermagem Neonatal), que é composto pelas etapas do Processo de Enfermagem que foram desenvolvidas pelas enfermeiras da Unidade Neonatal. Além disso, o desenvolvimento do software-protótipo viabilizará futuramente a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade Neonatal, possibilitando a organização da assistência, a realização das etapas do processo de enfermagem, o cuidado individualizado e humanizado ao recém-nascido de risco com enfoque na qualidade da assistência de enfermagem.

**Palavras-chaves:** Teoria de Enfermagem. Processos de enfermagem. Maternidades. Neonatologia. Enfermagem neonatal. Enfermagem materno-infantil. Software.

**ROSA, Rosiane da. Systematization of Assistance in Nursing in Neonatal Unit:** development of software-prototype. 2016. 170p. Dissertation (Professional Master) Postgraduate Program in Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.<sup>1</sup>

**Advisor:** Prof<sup>a</sup>. Dr. Roberta Costa

**Action Line:** Care and the process of living, be healthy and becoming ill.

### **ABSTRACT**

Methodological research and technological production, with the general objective of developing a software-prototype for operationalization of Nursing Assistance Systematization in the neonatal unit. The study was developed in a public maternity hospital in the southern Brazil. The participants were a first time 15 nurses and in a second moment all nurses of the neonatal unit, totaling 9 nurses. The study respected the principles and ethical issues of Resolution 466/12 of the National Health Council and was approved on CAAE 49515215.1.0000.0114. Data collection took place in two different moments, in the period from May 2015 to September 2016. In the first phase occurred a review of literature on the theoretical references used in the maternal and child area, survey documentary about the Systematization of Nursing Assistance existing in the maternity, educational practice with 15 nurses of the institution and meetings to discuss the daily care. In this latter one the theoretical reference was defined with all the nurses of the Institution. The planning phase of the software occurred in four meetings with the nurses of the neonatal unit, in order to organize a tool to operationalize the nursing process in the unit. Thereafter occurred the development phase of the prototype, with the contribution of a programmer. For the evaluation of the prototype, a meeting was held with the nurses of the neonatal unit to present the software-prototype and evaluate the functionality, usability and portability. Data were recorded on audio and field diary. Data were analyzed in a descriptive way in the first stage, seeking to identify the emerging themes, which were: knowledge of nurses about Nursing Theories; difficulties to implement the systematization of nursing care; importance of the reference to subsidize the practice and; the educational practice as a possibility for effecting the systematization of nursing care. The results indicated the choice of Basic Human Needs Theory as more

---

<sup>1</sup> This Master Dissertation was financed by the UNIEDU/FUMDES Program of the State Secretariat of Education of Santa Catarina.

pertinent to the Systematization of Nursing Care in the maternity ward. The realization of the educational practice brought contributions to foment discussion and reflection on the theme, highlighting the importance of the theoretical reference to guide the work process. A software-prototype called SENFNEO (Neonatal Nursing System) was realized, which is composed of the stages of the Nursing Process that were developed by the nurses of the Neonatal Unit. In addition, the software-prototype development will enable in the future the implementation of the Nursing Care Systematization in the Neonatal Unit, making possible the organization of the assistance, the accomplishment of the nursing process stages, the individual and humanized care to the newborn at risk with focus on the quality of nursing care.

**Keywords:** Nursing Theory. Nursing processes. Maternities. Neonatology. Neonatal nursing. Maternal and child nursing. Software.

**ROSA, Rosiane da. Sistematización de la Asistencia de Enfermería en Unidad Neonatal: el desarrollo de un prototipo de software.** 2016. 170p. Disertación (Master Profesional) Programa de Pós-graduação em Gestão de la Atención en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.<sup>1</sup>

**Asesor:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Roberta Costa

**Línea de actuación:** El cuidado y el proceso de vivir, estar sano y enfermo.

## **RESUMEN**

La investigación metodológico y de tecnología de producción, con el objetivo general de desarrollar un prototipo de software para la operacionalización de la sistematización de la atención de enfermería en la unidad neonatal. El estudio se realizó en una maternidad pública en el sur de Brasil. Los participantes fueron inicialmente 15 enfermeras y un segundo momento participaron todas las enfermeras de la unidad neonatal, por un total de 9 enfermeras. El estudio cumplió con los principios y las cuestiones éticas de la Resolución 446/12 del Consejo Nacional de Salud y fue aprobado el CAAE 49515215.1.0000.0114. Los datos se recogieron en dos momentos diferentes durante el período de mayo de 2015 a septiembre de 2016. En la primera fase fue la revisión de la literatura sobre as referencias teóricos utilizados en el área materno-infantil, levantamiento documental sobre la sistematización de la asistencia de enfermería existente en la maternidade de la práctica educativa con 15 enfermeras de la institución y reuniones para la discusión de la atención diaria. En este último fue definido el referencial teórico con todas las enfermeras de la institución. La fase de planificación de software se llevó a cabo en cuatro reuniones con las enfermeras de la unidad neonatal, con el fin de organizar una herramienta para la aplicación del proceso de enfermería en la unidad. Seguida ocureo, la fase de desarrollo del prototipo, con la contribución de un programador. Para la evaluación del prototipo se llevó a cabo una reunión con el personal de enfermería de la unidad neonatal, para presentar el prototipo de software y evaluar la funcionalidad, facilidad de uso y portabilidad. Los datos fueron registrados en el diario, por audio y diario de campo.

---

<sup>1</sup> Dissertação de Maestría que fue financiado por el Programa de UNIEDU/FUMDES la Secretaría de Estado de Educación de Santa Catarina.

Los datos se analizaron de forma descriptiva en el primera etapa para identificar temas emergentes, que fueron: el conocimiento de los enfermeros sobre las teorías de enfermería; dificultades para la implementación de la sistematización de la atención de enfermería; importancia del referencial para apoyar la práctica y; la práctica educativa como una posibilidad para efectivación de la sistematización de la atención de enfermería. Los resultados indicaron que elegir la Teoría de Necesidades Humanas Básicas, como más relevantes para la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en la maternidad. La realización de la práctica educativa trajo contribuciones para promover el debate y la reflexión sobre el tema, destacando la importancia del referencial teórico para guiar el proceso de trabajo. Se realizó un prototipo de software llamado SENFNEO (Sistema de enfermería neonatal), que comprende las etapas del proceso de enfermería que fueron desarrollados por enfermeras en la Unidad de Neonatal. Además, el desarrollo del prototipo de software permitirá futuramente la implementación de la sistematización de la Atención de Enfermería en la Unidad Neonatal, permitiendo la organización de la atención, siguiendo los pasos del proceso de enfermería, la atención personalizada y humanizada al recién nacido con riesgo centrandose en la calidad de los cuidados de enfermería.

**Palabras clave:** Teoría de enfermería. Proceso de enfermería. Maternidades. Neonatología. Enfermería neonatal. Enfermería materno-infantil. Software.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma representativo da Coleta de Dados.....	62
<b>Figura 2</b> - Opinião das equipes de enfermagem sobre a definição do referencial teórico, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015. ....	74
<b>Figura 3</b> - Fluxograma representativo do Processo de Enfermagem. ..	81
<b>Figura 4</b> - Tela inicial do Sistema de Enfermagem Neonatal .....	82
<b>Figura 5</b> - Tela Principal .....	83
<b>Figura 6</b> - Tela Menu Administrativo .....	84
<b>Figura 7</b> - Tela Consultar profissionais.....	85
<b>Figura 8</b> - Tela Incluir profissionais.....	86
<b>Figura 9</b> - Tela Alterar profissional.....	87
<b>Figura 10</b> - Tela Consultar diagnóstico.....	88
<b>Figura 11</b> - Tela Incluir diagnóstico.....	89
<b>Figura 12</b> - Tela Vincular prescrição .....	90
<b>Figura 13</b> - Tela Alterar diagnóstico .....	91
<b>Figura 14</b> - Tela Vincular prescrição .....	92
<b>Figura 15</b> - Tela Consultar prescrição.....	105
<b>Figura 16</b> - Tela Alterar prescrição .....	106
<b>Figura 17</b> - Tela Menu paciente .....	107
<b>Figura 18</b> - Tela Consultar pacientes .....	108
<b>Figura 19</b> - Tela Incluir paciente.....	109
<b>Figura 20</b> - Tela Histórico de enfermagem .....	110
<b>Figura 21</b> - Tela Diagnóstico .....	111
<b>Figura 22</b> - Tela Incluir diagnóstico.....	112
<b>Figura 23</b> - Tela Incluir diagnóstico e prescrição.....	113
<b>Figura 24</b> - Tela Incluir diagnóstico e prescrição.....	114
<b>Figura 25</b> - Tela Imprimir prescrição .....	115
<b>Figura 26</b> - Tela Imprimir prescrição .....	115
<b>Figura 27</b> - Tela Evolução.....	116
<b>Figura 28</b> - Tela Evolução.....	117
<b>Figura 29</b> - Tela imprimir evolução .....	118
<b>Figura 30</b> - Tela Alta.....	119



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Caracterização dos estudos que apontam o uso de um referencial teórico para área materno-infantil, Florianópolis-SC, 2015.	21
<b>Quadro 2</b> - Registro de Software para Sistematização da Assistência de Enfermagem, Florianópolis/SC, 2015.....	49
<b>Quadro 3</b> - Diagnósticos, Prescrições de Enfermagem e Justificativas, MCD, 2016 .....	93



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BLH</b>	Banco de leite humano
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>COREN</b>	Conselho Regional de Enfermagem
<b>INPI</b>	Instituto Nacional da Propriedade Industrial
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MCD</b>	Maternidade Carmela Dutra
<b>NANDA</b>	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
<b>NHB</b>	Necessidades Humanas Básicas
<b>PE</b>	Processo de enfermagem
<b>RN</b>	Recém-nascido
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SC</b>	Santa Catarina
<b>SciELO</b>	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
<b>SENFNEO</b>	Sistema de Enfermagem Neonatal
<b>SOAP</b>	Subjetivo, objetivo, avaliação e plano
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>UTIN</b>	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
<b>UCINCo</b>	Unidade de Cuidado Intermediário Convencional
<b>UCINCa</b>	Unidade de Cuidado Intermediário Canguru



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>33</b>
2.1	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	33
2.2	PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	34
<b>2.2.1</b>	<b>Histórico de Enfermagem.....</b>	<b>35</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Planejamento de Enfermagem.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2.4</b>	<b>Implementação .....</b>	<b>38</b>
<b>2.2.5</b>	<b>Avaliação de Enfermagem .....</b>	<b>38</b>
2.3	LEGISLAÇÃO PARA ASSEGURAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	39
2.4	REFERENCIAIS TEÓRICOS UTILIZADOS NA ÁREA MATERNO-INFANTIL PARA SUSTENTAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	41
2.5	TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO.....	48
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>53</b>
3.1	TIPO DE PESQUISA .....	53
3.2	CONTEXTO E LOCAL DO ESTUDO.....	53
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	55
3.4	OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO – COLETA DE DADOS:.....	55
3.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	62
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	63
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>65</b>
4.1	MANUSCRITO: REFLEXÕES DE ENFERMEIRAS NA BUSCA DO REFERENCIAL TEÓRICO PARA ASSISTÊNCIA NA MATERNIDADE .....	66
4.2	TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS .	80
4.3	PRODUTO FINAL:.....	81
<b>4.3.1</b>	<b>Software-protótipo SENFNEO .....</b>	<b>81</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Marca SENFNEO .....</b>	<b>120</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>121</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>125</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE A – Convite dos encontros .....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE B – Cartazes da construção coletiva dos enfermeiros.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE C – Avaliação dos encontros.....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE E – Termo de consentimento para fotografias e gravações dos encontros.....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE F – Histórico de enfermagem para o recém-nascido</b>	<b>155</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO A – Documentos Sobre a SAE elaborados pelo grupo de estudos de projeto de metodologia da assistência da instituição ...</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO C – Autorização de utilização e imagem .....</b>	<b>169</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A Unidade Neonatal é responsável pela atenção integral e humanizada ao Recém-Nascido (RN) grave ou potencialmente grave. A atenção dispensada ao RN está embasada na Portaria 930/2012 com as seguintes diretrizes:

“respeito, proteção e apoio aos direitos humanos; promoção da equidade; integralidade da assistência; atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; atenção humanizada e estímulo a participação da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido” (BRASIL, 2012, p.1-2).

A unidade deve ser dotada de estruturas assistenciais que possibilitem condições adequadas para realização de cuidados especializados, incluindo equipamentos, instalações e recursos humanos (BRASIL, 2012).

Os leitos das Unidades Neonatais, no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro, são divididos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa), de acordo com as necessidades de cuidados dos RN (BRASIL, 2012).

Para atuar em uma Unidade Neonatal o enfermeiro deve possuir conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas dos RN, uma vez que o planejamento da assistência de enfermagem para o neonato criticamente instável constitui um processo complexo que necessita de uma avaliação minuciosa, rigorosa e progressiva para determinar sua efetividade. Portanto, é importante que este profissional avalie o paciente, analise, julgue e sintetize os dados obtidos; planeje, implante e avalie as ações de enfermagem de maneira sistematizada, holística e centrada em princípios científicos (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Considera-se importante que enfermeiros desenvolvam o pensamento crítico e sua capacidade de tomar decisões por ser um agente de transformação das condições de vida, atuando diretamente no processo saúde-doença e no bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidade. Deste modo o cuidado de enfermagem deve ser realizado com planejamento e de forma sistematizada, o que pode ocorrer por meio da

implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (LIMA *et al.*, 2006).

Esta preocupação já teve início em 1950 quando apareceu pela primeira vez o termo Processo de Enfermagem (PE) por Lidia Hall em uma conferência em New Jersey, onde ela afirmou que “a enfermagem é um processo construído em quatro proposições: enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente” (NÓBREGA; SILVA, 2009, p.18). Segundo Horta (1979) a expressão “processo de enfermagem” foi empregada pela primeira vez em 1961 por Ida Orlando para explicar o cuidado de enfermagem.

Em 1963, as enfermeiras Virginia Bonney e June Rothberg, empregaram termos do PE e apresentaram algumas fases. Já em 1967 um grupo da Universidade Católica dos Estados Unidos identificou as fases do PE como: levantamento, planejamento, implementação e avaliação (HORTA, 1979).

O método utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem é o PE. No Brasil, o modelo mais conhecido e seguido é o da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, que contém as seguintes fases: a) histórico de enfermagem, b) diagnóstico de enfermagem, c) plano assistencial, d) prescrição de enfermagem, e) evolução de enfermagem e f) prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

Sperandio e Évora (2004) afirmam que a implementação da SAE é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, contribuindo na definição do seu papel.

Segundo Lima *et al.* (2006) pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) necessitam de assistência de enfermagem individualizada e contínua, uma vez que são pacientes críticos e dependentes do cuidado de enfermagem. Assim o enfermeiro deve ser capaz de detectar as necessidades do paciente e atendê-las segundo o grau de prioridade estabelecido no planejamento dos cuidados. Oliveira e colaboradores (2012) realizaram um estudo na UTI da Casa de Saúde em São Miguel, no Ceará, sobre a SAE e perceberam que a utilização de uma assistência sistematizada tem favorecido a qualidade da assistência, a organização do serviço, a redução de conflitos de papéis e a valorização da categoria.

A SAE apresenta inúmeros benefícios envolvidos no cuidado ao cliente e atua como elemento facilitador no estabelecimento de metas e

avaliação das formas de assistir ao indivíduo, favorecendo a qualidade da assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Com a implementação da SAE são observados benefícios diretos ao paciente, além de benefícios para instituição e para os demais profissionais da equipe multidisciplinar. Os gastos com erros e desperdício de tempo com ambiente desorganizado são minimizados, a comunicação entre os profissionais é aprimorada e os dados são registrados para futura utilização na assistência (TRUPPEL *et al.*, 2009).

Menezes, Priel e Pereira (2011) apontam que a prática da SAE possibilita para o paciente a qualidade da assistência de enfermagem a partir de um cuidado individualizado e humanizado, para profissão a autonomia do enfermeiro com implantação do PE, e para as instituições organização do trabalho da equipe a partir de ferramentas que facilitam os controles e registros.

A SAE é parte de um processo que vem sendo desenvolvido, ao longo do tempo, por enfermeiros comprometidos em melhorar o cuidado prestado ao paciente, proporcionando uma maior autonomia para o enfermeiro, um respaldo seguro através do registro, garantindo o seguimento multiprofissional, além da promoção de uma aproximação enfermeiro – paciente – equipe multiprofissional (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

Para a efetividade da implantação da SAE é necessário que seja fundamentada em um referencial teórico condizente com a realidade da clientela atendida e com o ambiente organizacional. De acordo com Alcântara *et al.* (2011) as teorias de enfermagem auxiliam o enfermeiro a compreender a realidade, favorecem a reflexão e a crítica, incluem elementos científicos na análise da realidade, apoiam na definição de seus papéis, além de contribuir na produção de conhecimento. As teorias de enfermagem guiam o agir do enfermeiro no cuidar e modificam o modo de pensar, saber e fazer da enfermagem (PIRES, 2007).

Segundo a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o PE deve estar sustentado por um suporte teórico que

"oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados" (COFEN, 2009, p.2).

Além do referencial teórico para implantação da SAE é necessário a instrumentalização dos profissionais nas unidades e reuniões com a equipe, sensibilização dos profissionais quanto sua importância e avaliação da implementação da SAE para adaptar à realidade do serviço (TAVARES *et al.*, 2013).

Desde 1986 o planejamento do cuidado é de responsabilidade do enfermeiro e uma imposição legal. Segundo a Lei nº 7498 cabe privativamente ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

A Resolução COFEN nº 272 (2002) revogada pela resolução COFEN nº 358 (2009) reforça a importância do planejamento da assistência, considera que a SAE melhora a qualidade da assistência e define que a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada. Esta incumbe privativamente ao enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do PE que compreende as seguintes etapas: coleta de dados de enfermagem (histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Entretanto, apesar da SAE ser uma exigência legal e contribuir para a qualidade da assistência, ainda são verificadas dificuldades na sua implementação. Um estudo realizado em um hospital público de médio porte, referência para atendimentos de emergência da região Sul do Estado de Mato Grosso do Sul, sobre a viabilidade de implantação da SAE, apontou vários aspectos que dificultam sua implantação, como: falta de tempo dos profissionais, falta de interesse e apoio da instituição, despreparo da equipe de enfermagem e desvalorização da SAE por outros profissionais (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

Tavares *et al.* (2013) apontam outras barreiras para implantação da SAE, como sobrecarga de trabalho da equipe devido ao número insuficiente de profissionais, sobrecarga de trabalho do enfermeiro por desvios de função, pouco tempo, pouco envolvimento dos profissionais e falta de conhecimento sobre a mesma.

Um estudo realizado em Santa Cruz na Bolívia também aponta dificuldades de implementação do PE, como falta de formação e treinamento de liderança, domínio médico, falta de registros e apoio institucional (GRANERO-MOLINA *et al.*, 2012).

Em um Hospital de Câncer no Rio de Janeiro foi desenvolvido um trabalho sobre a visão dos enfermeiros a respeito da SAE que enfatiza o

reconhecimento dos enfermeiros sobre o valor desta para qualificação da assistência e maior visibilidade da profissão. Contudo aponta dificuldades ao sistematizar o cuidado, como a falta de conhecimento, ausência de referencial teórico, prática fragmentada das fases do PE e a dificuldade para desprender-se ao modelo biomédico (SILVA; MOREIRA, 2011).

Maria, Quadros e Grassi (2012), descrevem que os enfermeiros destacam que a SAE é uma ferramenta indispensável para realização de uma assistência de qualidade e que através da sistematização o enfermeiro consegue detectar os problemas e prioridades do paciente, realizando atendimento individualizado e um plano de assistência orientado a cada paciente.

Pesquisas recentes têm apontado a informatização do PE como uma maneira de tornar o processo mais ágil, otimizar o processo de trabalho, proporcionar um registro mais completo, padronização das informações dentro da instituição, facilitação da comunicação entre a equipe de saúde, valorização do conhecimento dos profissionais e por consequência melhoria da qualidade da assistência (LIMA; SANTOS, 2015; TANNURE, 2012; OLIVEIRA; BARROS; OLIVEIRA, 2010).

Atuando como enfermeira neonatologista na Unidade Neonatal da Maternidade Carmela Dutra (MCD) vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SC), que é referência terciária na assistência obstétrica e neonatal no estado de SC, percebi a importância da implantação da SAE. Nesta Instituição, embora tenham sido empreendidas tentativas em 1996 e 2002, ainda não foi implantada a SAE em nenhuma unidade. Considerando a importância da sistematização da assistência na Unidade Neonatal, por ser uma unidade de alta complexidade que recebe o paciente crítico que necessita de cuidados individualizados e sistemáticos, somado a chegada de novos enfermeiros na unidade, ampliando o quadro de profissionais e possibilitando a manutenção de dois enfermeiros por plantão no período diurno e de enfermeiros também no período noturno, percebo este momento propício para iniciar um movimento para implantação da SAE nesta unidade.

Salienta-se ainda, o fato de que recentemente foi designada uma Comissão na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina para discutir sobre a implantação da SAE nos hospitais e maternidades do estado. Esta comissão é composta por enfermeiros que atuam nestes locais, sendo realizadas reuniões mensais para capacitação do grupo quanto à SAE, os aspectos éticos e legais, apresentando experiências de implantação da SAE, descrevendo como se deu o processo e apontando as possibilidades para implantação da SAE em outras instituições.

Atualmente, os enfermeiros da Unidade Neonatal da MCD já realizam a evolução de enfermagem diária com o objetivo de planejar e avaliar a assistência. Entretanto, percebe-se que o processo ainda é frágil, pois não é feito o histórico e nem a prescrição de enfermagem. Enquanto equipe de enfermeiros que atua nesta unidade, sentimos a necessidade de realizar a SAE de maneira organizada e registrada no prontuário, de forma a garantir uma assistência individualizada e de qualidade ao RN crítico e também, auxiliar na orientação dos cuidados aos técnicos de enfermagem. Assim, os enfermeiros que atuam na Unidade Neonatal, começaram a discutir em espaços informais a possibilidade de criar um programa que pudesse nos ajudar na operacionalização do PE aos pacientes internados.

Esta proposta justifica-se ainda, pelo fato de que desde 2002, a implementação da SAE é uma imposição legal e que já existem vários estudos que apontam que é uma ferramenta que melhora a qualidade da assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2012; TRUPPEL *et al.*, 2009; AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009; HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Cabe destacar também que, a tecnologia da informação tem sido considerado um poderoso recurso para enfermagem podendo ser utilizado como ferramenta para o planejamento da assistência, possibilitando ao enfermeiro a otimização do tempo da assistência centrada no paciente e a melhoria da qualidade do atendimento prestado pela equipe de enfermagem (SPERANDIO; ÉVORA, 2003). Autores como Oliveira, Barros e Oliveira (2010) apontam o desenvolvimento de um software como uma ferramenta para ajudar a operacionalizar o PE na prática, permitindo que o processo seja feito de forma padronizada e trazendo outros benefícios, como: coleta de uma maior quantidade de informações, padronização da informação dentro da instituição, valorização do conhecimento gerado dentro da mesma, facilitação da comunicação entre a equipe de saúde, melhoria da continuidade da assistência.

Diante desta contextualização, apresento a seguinte **questão investigativa**: quais as etapas necessárias para desenvolver um software que operacionalize a SAE em uma unidade neonatal?

Com isso, o **objetivo geral** foi desenvolver um software-protótipo para operacionalização da SAE na unidade neonatal.

E os objetivos específicos são:

- definir o referencial teórico, com o coletivo de enfermeiros da MCD, para sustentar a prática da enfermagem na Instituição.
- elaborar, com os enfermeiros da unidade neonatal, um instrumento que possibilite a operacionalização do PE.

Acredita-se que o desenvolvimento deste estudo trará benefícios para MCD, pois a partir da escolha do referencial teórico e operacionalização do PE na unidade neonatal, poderá despertar o interesse dos enfermeiros da Instituição em implantar a SAE nas demais unidades da maternidade. Na unidade neonatal, a disponibilização de um software para operacionalização da SAE possibilitará a organização da assistência, a realização das etapas do PE, o cuidado individualizado e humanizado ao RN de risco com enfoque na qualidade da assistência de enfermagem.



## 2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo é apresentada a sustentação teórica sobre o tema SAE, que embasa o presente estudo. Discute-se os seguintes tópicos: SAE; PE com as etapas sobre o histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem; Legislação para assegurar a SAE; Referencial teórico para sustentar a SAE e Tecnologia da Informação.

Este capítulo foi construído a partir da busca em diferentes bases de dados, em livros clássicos sobre o tema, nas resoluções do COFEN, na legislação sobre o exercício da enfermagem, em artigos, teses e no banco do Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI).

### 2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A SAE teve início com Florence Nightingale no século XIX, quando esta observou que o ambiente influenciava na saúde do paciente e que sua manipulação deveria ser o principal componente do atendimento de enfermagem, propondo a teoria ambientalista (GEORGE, 2000).

No século XX, mas precisamente na década de 1950, surgiram diversas propostas das teorias de enfermagem com Hildegard Peplau, Virginia Henderson, Ernestine Wiedenbach e Doroty Johnson. Nas décadas de 1960, 1970 e 1980 Faye Abdellah; Josephine Patterson e Loretta Zderad; Ida Jean Orlando; D. Howland e E. Mc Dowell; Imogene King; Joyce Travelbe; Myra Levine; Lydia Hall; Wanda de Aguiar Horta; Martha Rogers; Sister Callista Roy; Dorothea Orem; Rosalda Paim; Betty Neuma; Madeleine Leininger; Jean Watson; Rosemarie Risso Parse; Joyce Fitzpatrick; Helen Erickson, Evelyn Tomilin e Mary Ann Swain; Joan Rihel Sisca; e Margaret Newman também criaram teorias de enfermagem (LEOPARDI, 2006).

No Brasil, o grande marco foi a teoria proposta por Wanda Aguiar Horta (1979) e desde então os enfermeiros estão investindo na construção de conhecimento nos aspectos de construção epistemológica das metodologias de assistência.

A teoria de enfermagem deve embasar a SAE, que configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico, sendo um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro. A implantação da SAE proporciona cuidados individualizados e sistemáticos ao indivíduo, família e

comunidade, assim como melhoria na qualidade da assistência (TRUPPEL *et al.*, 2009).

Segundo Bittar, Pereira e Lemos (2006) em uma UTI a assistência de enfermagem sistematizada é ainda mais necessária, devido à situação instável do paciente e a necessidade de um cuidado humanizado, holístico e com qualidade.

Diante do cuidado altamente especializado e complexo que o enfermeiro desenvolve em uma Unidade Neonatal, a sistematização e a organização do trabalho mostram-se indispensáveis para uma assistência de qualidade. Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho embasada cientificamente (TRUPPEL *et al.*, 2009).

## 2.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O PE é o instrumento metodológico composto de cinco etapas (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação e avaliação) que torna possível a operacionalização da SAE (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

Segundo Amante, Rossetto e Schneider (2009) com a aplicação do PE percebeu-se a importância de haver na UTI a sistematização da assistência, pois só assim a Enfermagem é capaz de realizar uma assistência rápida e de qualidade.

“Quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada” (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006, p.618).

Hermida e Araújo (2006) descrevem que atingir a qualidade na assistência de enfermagem por meio da SAE pode ser apenas uma das conquistas do emprego dessa metodologia, pois muitos autores justificam sua importância em diversos outros benefícios, relacionados não só à assistência ao cliente, mas à profissão e aos profissionais da enfermagem.

No Brasil, o modelo mais conhecido para a implantação do PE é o modelo teórico defendido por Wanda de Aguiar Horta que foi desenvolvido a partir da teoria de Maslow que se fundamenta nas Necessidades Humanas Básicas (NHB). A teoria das NHB foi desenvolvida a partir da preocupação com a prática não reflexiva e dicotomizada da enfermagem, bem como uma tentativa de unificar o

conhecimento científico da enfermagem proporcionando autonomia e independência (SILVA *et al.*, 2011; BARROS; LOPES, 2010; LIMA *et al.*, 2006).

O PE é constituído por um conjunto de etapas sistematizadas e inter-relacionadas, orientadas para a organização e planejamento do cuidado do indivíduo (SILVA *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2006). A resolução COFEN 358/2009 organiza o PE em cinco etapas interdependentes e recorrentes: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

### **2.2.1 Histórico de Enfermagem**

“É o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas” (HORTA, 1979, p. 41). O histórico deve ser conciso, claro, individual e deve ser realizado na admissão do cliente pelo enfermeiro (HORTA, 1979).

Segundo a Resolução COFEN nº 358/09 (2009, p.2), o histórico de enfermagem compreende um:

[...] processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Para fazer o histórico deve-se realizar a coleta de dados através de entrevistas, observação e exame físico. A coleta deve ser ordenada e sistemática e deve incluir dados biográficos, histórico de saúde (incluído os membros da família), dados subjetivos e objetivos sobre o estado de saúde atual (incluindo exame físico e diagnóstico médico), dados sociais, culturais e ambientais (GEORGE, 2000).

Segundo Potter e Perry (2009), a finalidade da etapa de coleta de dados é organizar um “banco de dados” sobre as necessidades do paciente, seus problemas de saúde e suas respostas. Para realizar a coleta de dados o enfermeiro deve utilizar o pensamento crítico, pois permite tomar decisões em relação às condições de saúde de um cliente, e utilizar suas experiências anteriores, pois contribuem para habilidades de coleta.

A coleta de dados pode ser ampla geralmente realizada no contato inicial com o cliente e enfoca questões investigativas abertas com intuito de saber o funcionamento do paciente nas diversas áreas, como sono, repouso, alimentação, psicossocial, entre outras. E a coleta pode ser focalizada, quando é percebido um problema específico o enfermeiro deve focar a investigação (CARPENITO-MOYET, 2008).

O histórico de enfermagem é constituído pela identificação do cliente (os dados devem ser completos), os hábitos do cliente que estão relacionados às NHB e compõe o meio ambiente, cuidado corporal, eliminação, alimentação, sono e repouso, exercícios e atividades físicas, atividade sexual, recreação, participação na vida familiar, religiosa comunitária e profissional, manutenção da saúde, o exame físico (condições gerais, sinais vitais, condições físicas, queixas do paciente, problemas identificados), os problemas de saúde, observação do paciente no hospital e conclusões (problemas identificados, análise dos problemas e diagnóstico de enfermagem) (HORTA, 1979).

A anamnese e o exame físico fazem parte do histórico de enfermagem e servem para realizar a coleta de dados, conhecer o paciente, estabelecer vínculos, identificar alterações biopsicossociais, além de definir diagnósticos de enfermagem (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

O histórico de enfermagem é a primeira fase no PE e constitui a base para as outras fases, devendo ser realizado uma investigação exata. A partir da coleta de dados é realizada a análise de dados com identificação dos problemas, elaboração dos diagnósticos e plano de cuidado individualizado. Uma investigação insuficiente pode levar a diagnósticos incorretos e por consequência planejamento, implementação e avaliação inadequados (GEORGE, 2000).

## **2.2.2 Diagnóstico de Enfermagem**

A segunda fase do PE é o diagnóstico, sendo reconhecido pela Resolução do COFEN nº 358/09 (2009, p.2) como um:

[...] processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base

para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Segundo Horta (1979), o diagnóstico de enfermagem é a identificação das NHB do cliente e de sua dependência em relação ao cuidado de enfermagem. O grau de dependência pode ser total ou parcial.

Após a coleta de dados o enfermeiro realiza julgamento clínico sobre as respostas do paciente, da família ou da comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais realizando diagnóstico de enfermagem para orientar o atendimento de enfermagem (NANDA, 2012).

Para se chegar ao diagnóstico de enfermagem devem-se elencar os problemas de saúde, a sintomatologia, analisar esses dados e chegar às necessidades do cliente e sua dependência (HORTA, 1979).

Segundo Benedit e Brasil (2012) o uso do Diagnóstico de Enfermagem se torna importante na rotina de trabalho do enfermeiro, pois ele guia e justifica a assistência de enfermagem para as necessidades de cada paciente, permite o uso de uma linguagem padronizada, facilita a escolha de intervenções mais adequadas, registra de forma objetiva as reações do paciente e permite a subsequente avaliação dos cuidados de enfermagem implementados.

### **2.2.3 Planejamento de Enfermagem**

O planejamento é a terceira fase do PE e consiste no estabelecimento de metas e objetivos para cada diagnóstico e de identificação de ações de enfermagem. As ações de enfermagem devem ser selecionadas juntamente com o cliente e/ou a família e devem produzir os resultados esperados (GEORGE, 2000).

De acordo com a resolução do COFEN nº 358/09 (2009, p.2), o planejamento de enfermagem visa a:

[...] determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

No planejamento a enfermeira estabelece objetivos e resultados esperados centrados no cliente e planeja intervenções de enfermagem, estabelecendo prioridades em relação aos problemas do cliente (POTTER; PERRY, 2009).

#### **2.2.4 Implementação**

Após o planejamento de enfermagem inicia-se a implementação que engloba todas as ações de enfermagem para resolução dos problemas do cliente, é a colocação do plano em ação (GEORGE, 2000). De acordo com a resolução COFEN 358/09 (2009, p.2) o planejamento é a “realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem”.

A implementação consiste em colocar em prática as intervenções de enfermagem que foram baseadas nos diagnósticos de enfermagem. Antes da implementação deve-se reavaliar o cliente, após rever o plano de cuidado para validar os diagnósticos e intervenções de enfermagem, organizar os recursos (equipamento, pessoal) e prestar cuidado (preparo ambiente e cliente), prever e prevenir as complicações, e só depois implementar as ações de enfermagem (POTTER; PERRY, 2009).

#### **2.2.5 Avaliação de Enfermagem**

A avaliação, etapa final do PE, consiste em determinar se a condição inicial do cliente, seu problema de saúde, melhorou após a aplicação do PE. É um processo contínuo, realizado sempre que o enfermeiro implementa uma intervenção e está em contato com o cliente. Após cada cuidado o enfermeiro desenvolve o pensamento crítico em relação ao cliente, compara seu comportamento antes e após o cuidado prestado para determinar se os resultados foram atingidos (POTTER; PERRY, 2009).

Segundo a Resolução do COFEN nº 358/09 (2009, p.2), a avaliação é um:

[...] processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de

verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Assim, o PE é um processo dinâmico que possibilita a cada avaliação o início de um novo processo.

### 2.3 LEGISLAÇÃO PARA ASSEGURAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, determina no artigo 11 como atividades privativas do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986). Essas atividades compõem a SAE e o PE.

O código de ética dos profissionais de Enfermagem na seção das relações com a pessoa, família e coletividade apresenta como um direito registrar no prontuário do paciente as informações sobre o processo de cuidar e na seção das relações com as organizações empregadoras é responsabilidade e dever incentivar e criar condições para registrar as informações sobre o processo de cuidar e registrar as informações de forma clara, objetiva e completa (COFEN 2007). Sendo a realização do PE uma maneira eficaz e segura para o registro do cuidado de enfermagem e para qualidade da assistência.

A resolução COFEN nº358/2009 dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre cuidado por profissional de enfermagem, e dá outras providências. Entre elas:

Art.1 – O PE de ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Art.2- O PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

Art.3 – O PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Art.4 – Ao Enfermeiro, observadas as disposições da Lei n 7498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto n 94406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art.5 – O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei n 7498, de 25 de junho de 1985, e do Decreto de Enfermagem, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do PE, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art.6- A execução do PE deve ser registrada formalmente, envolvendo: a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (COFEN, 2009, s/p).

De acordo com a resolução COFEN nº 429/2012 é responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem registrar as informações relacionadas ao processo de cuidar necessárias para assegurar a continuidade da assistência, no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem. Devendo ser registradas em forma de PE (COFEN, 2012, s/p).

A SAE tem a função de garantir o respaldo legal do trabalho do enfermeiro embasada pela lei nº 7498, no código de ética de Enfermagem, Resolução do COFEN nº 358 e resolução COFEN nº 429, além de outros benefícios citados ao longo da pesquisa.

## 2.4 REFERENCIAIS TEÓRICOS UTILIZADOS NA ÁREA MATERNO-INFANTIL PARA SUSTENTAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

“O referencial teórico é uma organização sistemática de pressupostos, de conceitos e suas definições que direcionam a pesquisa e as ações. É um sistema organizado de conhecimentos que permite um olhar específico da realidade” (ZAMPIERI, 2006, p.139).

Segundo Amante, Rossetto e Schneider (2009), as teorias de enfermagem têm contribuído muito na prática de enfermagem quando usadas como referencial teórico para sistematizar a assistência de enfermagem, propiciando meios para organização da mesma, para coleta e análise dos dados do cliente, para realizar o planejamento do cuidado e após avaliar esse cuidado.

A teoria é um conjunto de conceitos (representação mental de uma determinada realidade) que tem relação entre si e que tem como objetivo apresentar uma visão sistematizada de um fenômeno (própria realidade) (TRENTINI; PAIM, 2004). “A teoria é um guia de ação, um guia para coleta de fatos, um guia na busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência” (HORTA, 1979, p.5).

Para realizar a SAE é necessário utilizar uma teoria de enfermagem para embasar as etapas do PE e fundamentar as ações. Existem várias teorias que podem ser utilizadas na prática, mas a escolha ideal vai depender de vários fatores como, por exemplo, a realidade de trabalho, características do paciente, filosofia da instituição, bem como, o contexto em que a equipe está inserida (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

Um estudo realizado em um Hospital do Sul do Brasil levou em consideração o perfil do usuário atendido na instituição, o perfil da equipe de enfermagem e o perfil da instituição com suas especificidades em cada

área de atendimento para escolher uma teoria de enfermagem condizente com a realidade (SCHMITZ, 2015).

Ao se realizar uma incursão na literatura em relação ao referencial teórico utilizado na área materno infantil, nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando as palavras-chaves “processos de enfermagem”, “recém-nascido”, “obstetrícia”, “teoria de enfermagem”, “unidades de terapia intensiva neonatal” e “maternidade”, com recorte temporal de 1990 a 2015, no período de maio a junho de 2015. Foram encontrados 97 textos, sendo 53 artigos, 5 Monografias e 39 Teses. Porém, destes apenas quatro artigos e três dissertações tratavam especificamente de referenciais teóricos utilizados na SAE. Dentre os estudos selecionados as teorias que apareceram foram: teoria NHB, teoria humanística de Paterson e Zderad, teoria transcultural de Leininger, teoria do desenvolvimento da família, modelo teórico de Orem, sistema conceitual de King e teoria do relacionamento interpessoal de Peplau.

A seguir será apresentada uma síntese (QUADRO 1) dos estudos que apontam o uso de um referencial teórico para guiar a SAE na área materno-infantil:

**Quadro 1** - Caracterização dos estudos que apontam o uso de um referencial teórico para área materno-infantil, Florianópolis-SC, 2015.

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>NATUREZA</b>	<b>LOCAL</b>	<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>TEORIA DE ENFERMAGEM</b>
Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família	Astrid Eggert Boehs	Dissertação	UFSC	1990	Teoria transcultural de Leininger e a Teoria do desenvolvimento da família
A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento	Odaléa Maria Bruggemann dos Santos	Dissertação	UFSC	1998	Teoria Humanística de Paterson e Zderad
Os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da Nanda em mulheres com o filho prematuro hospitalizado e o sistema conceitual de King	Cláudia Silveira Viera; Lídia Aparecida Rossi	Artigo	Rev latino-am enfermagem	2000	Teoria de King
Déficit de autocuidado em primigestas: proposta de assistência de enfermagem no pré-natal	Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias; Terêsa Neumann Alcoforado Costa	Artigo	Rev. Rene	2001	Teoria do Déficit do autocuidado de Orem
Aplicação da teoria interpessoal de Peplau com puérpera adolescente	Kátia Nêyla de Freitas Macêdo; Grazielle Roberta	Artigo	Invest Educ Enferm	2006	Teoria Interpessoal de Peplau

	Freitas da Silva; Thelma Leite de Araújo; Marli Terezinha Gimenez Galvão				
Enfermagem humanística: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira na unidade neonatal	Karla Maria Carneiro Rolim	Dissertação	UFC	2006	Teoria Humanística de Paterson e Zderad
Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço	Kleyde Ventura de Souza; Ludmila Taborda Moreira Assis; Tânia Couto Machado Chianca; Carla Lima Ribeiro; Amélia Cristina Gomes; Rosângela de Jesus Lima	Artigo	Esc Anna Nery	2012	NHB de Wanda Horta

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Boehs (1990) usou a teoria transcultural de Leininger e a teoria do desenvolvimento da família em um estudo realizado inicialmente em uma maternidade e posteriormente no domicílio das famílias. A Teoria Transcultural de Leininger considera que o cuidado é universal para o nascimento, desenvolvimento, manutenção da vida, recuperação da saúde e para uma morte digna, sendo vivenciado nas diversas culturas. A enfermagem ao realizar o cuidado deve considerar as crenças e os valores culturais das pessoas, dando a elas identificação individual. A teoria transcultural centra-se na etnia para argumentar que existem diferenças de cuidado entre os sistemas popular e profissional (BOEHS, 2001). O cuidar dos indivíduos varia de uma cultura para outra, sua religião, posição política e tradição influenciam o processo de saúde e doença do cliente e a maneira de cuidar (POTTER; PERRY, 2009).

Leininger denominou sua teoria de diversidade e universalidade do cuidado cultural e a descreveu no modelo *Sunrise*. Esse modelo ao comparar com o PE apresenta paralelos, sendo que o cliente é o enfoque tanto no PE como no modelo *Sunrise* (GEORGE, 2000).

Nas fases de investigação e diagnóstico no modelo *Sunrise*, o conhecimento da cultura pode ser obtido antes da identificação do cliente (estrutura social, visão de mundo do cliente, linguagem, religião, filosofia, valores e crenças culturais, política, economia e educação), a seguir reconhece-se o cliente existindo dentro de um sistema de saúde e as crenças e valores dos profissionais de saúde, após a identificação das diversidades e das universalidades do cuidado cultural é realizado o diagnóstico de enfermagem baseado nas áreas que o paciente não está satisfazendo a expectativa cultural de sua cultura. Em seguida ocorrem o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem, baseado na manutenção do cuidado cultural com ações que destacam o apoio, a assistência e capacitação dos clientes quanto a preservação da saúde e recuperação da doença; no ajustamento do cuidado cultural com ações que apoiam formas de adaptação aos modelos de saúde do cliente, visando resultado saudável; e na padronização do cuidado cultural que visa realizar ações com intuito de mudar os padrões de saúde do cliente para padrões mais saudáveis, respeitando os valores culturais. E por último é realizado a avaliação dos cuidados (GEORGE, 2000).

A Teoria do Desenvolvimento da Família tem como foco principal as mudanças sofridas pela família em suas diferentes fases e ciclos de vida familiar. Essas mudanças podem ser caracterizadas por períodos de equilíbrio, adaptação, estabilidade, transição e por momentos de desequilíbrio (HOFFMANN *et al.*, 2005). Cabe destacar que o

desenvolvimento da família é definido por valores e crenças sociais, nas quais são definidas as normas e valores que as famílias se reproduzem (POMPERMAYER *et al.*, 2009).

Santos (1998) propôs o uso da teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad no centro obstétrico e no alojamento conjunto e Rolim (2006) em uma Unidade Neonatal. A Teoria Humanística de Enfermagem busca no PE identificar problemas de enfermagem, compreender a experiência do paciente e guiar o cuidado de enfermagem de forma holística. Com isso, a enfermagem pode apresentar um cuidado diferenciado a cada paciente com o objetivo do estar-melhor do paciente, não apenas seu estar-bem. O PE constante na teoria tem cinco fases: primeira fase – preparação da enfermeira para vir a conhecer, segunda fase - a enfermeira conhece o outro intuitivamente, terceira fase - a enfermeira conhece o outro cientificamente, quarta fase - a enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas e quinta fase – a sucessão interna da enfermeira de muitos para um único paradoxal (preocupação com o significado da experiência para o paciente) (ROLIM, 2006).

Vieira e Rossi (2000) usaram o Sistema Conceitual de King em um Hospital Regional. A Teoria de King é conhecida como teoria de obtenção de metas, onde o enfermeiro e o cliente estabelecem metas para alcance da saúde do cliente. O PE proposto por King contém cinco etapas: a investigação (ocorre durante a interação da enfermeira com o indivíduo), o diagnóstico de enfermagem (relacionado com a análise dos dados), o planejamento (o estabelecimento de metas), a implementação (as atividades que buscam desempenhar as metas) e a avaliação (GEORGE, 2000).

Farias e Costa (2001) utilizaram o Modelo Teórico de Orem em um estudo desenvolvido em uma Unidade de Saúde. A Teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem publicada em 1970 enfoca as necessidades de autocuidado do cliente, sendo o autocuidado entendido como uma atividade aprendida e direcionada ao cliente com intuito de manter a vida, a saúde e seu bem-estar. O PE apresentado por Orem é desenvolvido em três passos: no primeiro passo é realizado o diagnóstico de enfermagem baseado nos déficits de autocuidado e a prescrição de enfermagem; no segundo passo é realizado um plano de sistema de enfermagem e um plano para o fornecimento de atendimento; e no terceiro passo é realizado um planejamento e controle dos sistemas de enfermagem (GEORGE, 2000).

Macêdo *et al.* (2006) utilizaram a Teoria do Relacionamento Interpessoal de Peplau em um alojamento conjunto e posteriormente no domicílio. A Teoria do relacionamento interpessoal enfoca o indivíduo, a enfermeira e o processo interativo. Para Peplau a enfermagem pode ser encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum. No PE Peplau identifica quatro fases nos relacionamentos interpessoais: a fase de orientação (a enfermeira, o paciente e a família trabalham juntos para reconhecer, esclarecer e definir o problema existente e decidem que tipos de serviços são necessários), a fase de identificação (o paciente responde as pessoas que podem preencher as suas necessidades), a fase de exploração (o cliente tira vantagens de todos os serviços disponíveis), e a fase de resolução (as necessidades do paciente já foram preenchidas pelos esforços conjuntos do paciente e da enfermeira. Ambos necessitam terminar seu relacionamento terapêutico e dissolver os laços existentes entre eles) (POTTER; PERRY, 2009).

Souza *et al.* (2012) utilizaram a teoria NHB em um estudo realizado na maternidade de um Hospital Universitário. A teoria das NHB proposta por Wanda de Aguiar Horta (1979) busca satisfazer as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, que enfocava o ser humano integral, em busca de equilíbrio biopsico-sócio-espiritual. Horta (1979, p. 29) definiu o conceito de enfermagem como:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência através da educação; de recuperar, manter e prover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais.

O PE proposto por Horta contém seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

É importante ressaltar que cada teoria possui características específicas a uma dada realidade, conferindo uma visão holística da situação, da mesma forma que os atendimentos de enfermagem são diferenciados a cada perfil de paciente.

Ressalta-se que existem outras publicações que abordam o tema pesquisado, mas não foram capturadas através da estratégia de busca utilizada nesta revisão e por isso não foram incluídas neste item.

## 2.5 TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO

Os avanços tecnológicos alcançaram transformações nas diversas atividades realizadas pelo homem, sendo que o setor da saúde também se inseriu nessa transformação. A enfermagem por sua vez não deve ser diferente, devendo utilizar a tecnologia da informação para benefício de seu trabalho, buscando melhoria da qualidade da assistência (SPERANDIO; ÉVORA 2003; 2004).

A tecnologia da informação adequa-se a realidade da enfermagem buscando aprimorar a qualidade dos cuidados em saúde, pois pode facilitar a comunicação, planejamento dos cuidados, permite coletar uma maior quantidade de informações sem o risco de perdê-las (OLIVEIRA; BARROS; OLIVEIRA, 2010).

Atualmente o enfermeiro ainda utiliza grande parte de seu tempo realizando manualmente o planejamento do cuidado, sendo que precisam administrar seu tempo para realizar todas suas tarefas e desenvolver com qualidade seu trabalho. A utilização da informatização para o planejamento da assistência aumenta o potencial para uma documentação completa e contribui para que o enfermeiro registre os resultados e revise as intervenções, podendo modificá-las quando necessário (SPERANDIO; ÉVORA, 2003).

Segundo Sperandio e Évora (2003) uma das formas de tecnologia que beneficiaria a equipe de enfermagem seria uma ferramenta computacional (software) para facilitar a documentação do cuidado realizado pelos profissionais, proporcionando acessibilidade fácil e otimizando o tempo do profissional enfermeiro, para que possa voltar sua atenção para o paciente.

A SAE permite que seus processos sejam informatizados, pois apresenta fases definidas, sendo possível utilizar um software. O uso de um software para auxílio da SAE apresenta vários benefícios entre eles: padronização do processo, valorização do conhecimento dos profissionais, apoio à tomada de decisões, disseminação de novos conhecimentos e por consequência melhoria da qualidade da assistência de enfermagem (OLIVEIRA; BARROS; OLIVEIRA, 2010).

Gutierrez (2013) concorda com Sperandio e Évora (2003) ao descrever que a informatização na área da saúde é uma ferramenta eficaz para otimizar o tempo dispensado para realizar a SAE, aumentando a disponibilidade do enfermeiro para uma assistência humanizada e de qualidade.

Um estudo realizado em uma UTI para adultos em relação à construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o PE evidenciou que a ferramenta auxiliou os enfermeiros na execução das etapas do processo e na identificação das necessidades apresentadas pelo cliente. Os enfermeiros descreveram como vantagens: dados mais detalhados sobre exame físico, precisão na execução das etapas do PE, fornecimento de indicadores de saúde, construção de um banco de dados abrangente, favorece a associação dos registros com diagnóstico de enfermagem e a associação dos diagnósticos com a prescrição de enfermagem (TANNURE, 2012).

A implantação de um software de apoio à SAE auxilia na implantação da SAE nas instituições e favorece a padronização da informação, facilitando a comunicação dentro da equipe de enfermagem, dando visibilidade ao papel do enfermeiro.

Ao realizar uma busca dos softwares existentes no país para desenvolvimento da SAE no INPI, no período de 1990-2015, foram encontrados cinco softwares, sendo que dois receberam concessão de registro, um obteve deferimento de pedido de registro e dois apresentam pendências. O quadro a seguir traz os dados dos softwares (QUADRO 2).

**Quadro 2** - Registro de Software para Sistematização da Assistência de Enfermagem, Florianópolis/SC, 2015.

TÍTULO	AUTORES	TITULAR	ANO DE SOLICITAÇÃO	NÚMERO DO PEDIDO
Software educativo do diagnóstico de enfermagem	Aline Tsuma Gaedke Nomura; Amlia de Fátima Lucena; Denise Tolfo Silveira; Maria do Carmo Rocha Laurent; Marius Franciscus Miri Fontes; Miriam Abreu de Almeida; Rosmari Wittmann Vieira; Vera Lucia Mendes Dias	Univ. Federal do Rio Grande do Sul	2014	BR5120140 011950
Desenvolvimento de um software de	David Lopes Neto; Eielza	Fundação Univ. do Amazonas	2013	BR5120130 015103

sistematização da assistência de enfermagem em doenças tropicais	Guerreiro Menezes			
Sistema de apoio à sistematização da assistência de enfermagem SI-ABEN	Andre Neutzling Schuster; Andreia Malucelli; Kelly Rafaela Otemaier; Marcel Bonnet; Marcia Regina Cubas; Maria Marcia Bachion; Telma Ribeiro Garcia; Tânia Couto Machado Chianca	Associação Brasileira de Enferm.	2013	BR5120130001137
Sistema de informação com o processo de enfermagem em terapia intensiva (SIPET)	Luiz Carlos Muschioni; Meire Chucre Tannure Martins; Natal Muschioni Filho; Tânia Couto Machado Chianca	Meire Chucre Tannure Martins; Tânia Couto Machado Chianca	2011	12094-2
PROCENF-USP (Sistema de documentação eletrônica do processo de enfermagem da Universidade de São Paulo)	Antônio Fernandes Costa Lima; Diley Cardoso Franco Ortiz; Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz; Heloisa Helena Ciqueto Peres; Michelle Mendes e Trindade; Raquel Rapoe Gaidzinski; Rosangela Tsukamoto	Univ. de São Paulo	2010	10832-2

Fonte: Dados da pesquisadora, 2015.

Com este levantamento podemos perceber que somente nos últimos cinco anos iniciaram os registros de Programas de Computador

para o desenvolvimento da SAE e que estes vêm se despontando como uma ferramenta útil para efetivação do PE.



### **3 MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Tratou-se de uma pesquisa metodológica e de produção tecnológica. Os estudos metodológicos “tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramenta e métodos de pesquisa” (POLIT; BECK, 2011, p.330). Neste estudo propôs-se a elaboração de um software-protótipo como ferramenta para operacionalizar o PE na unidade neonatal, para tanto utilizamos o referencial metodológico do processo evolucionário para construção de software, baseando-se no modelo de prototipação proposto por Pressman (2011) e alguns pressupostos de Paulo Freire.

Este modelo “é um processo que capacita o desenvolvedor a criar um modelo do software que será implementado” (PRESSMAN, 1995, p.35). Para realizar a prototipação primeiro é feita uma reunião com os envolvidos para definir os objetivos gerais do software, após é realizado um projeto rápido para construção de um protótipo, que é empregado e avaliado pelos envolvidos, que fornecerão um retorno para aprimorá-lo. Os protótipos são evolucionários no sentido que evoluem até se transformar no sistema real (PRESSMAN, 2011).

A pesquisa foi desenvolvida a partir de encontros com as enfermeiras, sendo utilizados os pressupostos da Metodologia da Problematização de Paulo Freire (2008), pois considera que o homem, a partir de sua realidade sócio, histórica e cultural, pode ter consciência do lugar que ocupa na sociedade e consciência sobre o que oprime, levando-o a uma ação e reflexão da realidade para poder modificá-la. Um processo que privilegia a troca de conhecimentos e experiências, tem como pressuposto as situações vivenciadas e experimentadas pelos indivíduos e consideradas problemáticas, com ponto de partida na realidade.

#### **3.2 CONTEXTO E LOCAL DO ESTUDO**

O contexto do estudo foi a MCD, localizada na parte insular da cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. A MCD é referência terciária na atenção obstétrica e neonatal para o estado de SC. Foi inaugurada em 1955, sendo a primeira maternidade pública de Santa Catarina (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2010). Esta instituição atua como hospital de ensino, sendo cenário de campo para atividades teórico-práticas e estágios supervisionados de acadêmicos de enfermagem, medicina, fisioterapia,

além de residência médica em obstetrícia, ginecologia, neonatologia e oncologia ginecológica. Recebeu o Título Hospital Amigo da Criança em 1996, possui o banco de leite humano (BLH) e central de informações de aleitamento materno desde 1979, sendo o pioneiro no estado de SC. O BLH recebeu o certificado de excelência na categoria ouro da Fiocruz em 2014. Além disso, recebeu o “Prêmio Dr. Pinotti de Hospital Amigo da Mulher”, em 2013.

Atualmente dispõe de 104 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal com importantes serviços, sendo 100 leitos ativos. Nascem aproximadamente 3,7 mil bebês por ano. O serviço de neonatologia é referência no atendimento aos RN. Por mês realiza cerca de mil atendimentos ambulatoriais, 1800 atendimentos na emergência, em torno de 180 cirurgias e 625 internações (SAME, 2015). A Maternidade é responsável por grande parte dos atendimentos obstétricos da cidade de Florianópolis e de outras cidades de Santa Catarina, pois possui o serviço de vaga zero introduzido pela Portaria 2.048, que institui que os serviços têm de garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para internação (BRASIL, 2002).

A Maternidade conta com uma equipe interdisciplinar de saúde composta por 468 servidores, sendo 96 médicos, 19 com especialidade em anesthesiologia, dois em cardiologia, um em geriatria, 63 em ginecologia e obstetrícia, três em mastologia, um em medicina do trabalho, 14 em neonatologia, um em oncologia, 17 em pediatria e dois em radiologia e diagnóstico por imagem; por 48 enfermeiros, sendo dois com especialidade em administração hospitalar, 16 em obstetrícia, quatro em saúde da família, dois em saúde do trabalhador, cinco em terapia intensiva, quatro em urgência e emergência; três farmacêuticos; quatro fisioterapeutas; uma fonoaudióloga; cinco nutricionistas; três assistentes sociais; um bibliotecário; um administrador; 151 técnicos em enfermagem; seis técnicos de radiologia; 24 técnicos em atividades administrativas; um técnico em informática; 29 auxiliares de enfermagem; 57 agentes de serviços gerais; oito agentes em atividades administrativas; 17 auxiliares de serviços hospitalares; um caldeireiro; três cozinheiros; um eletricista; três motoristas; um pedreiro e quatro telefonistas.

A proposta de desenvolvimento de um software-protótipo foi executada na Unidade Neonatal, da referida Maternidade, uma vez que foi nesta unidade que surgiu na equipe de enfermeiros as inquietações e o interesse pela temática. A Unidade Neonatal conta com dez leitos de

tratamento intensivo neonatal e 11 leitos de cuidados intermediários convencionais. Atualmente possui uma média anual de 360 internações em cuidados intensivos e 54 em cuidados intermediários convencionais, prevalecendo o diagnóstico de prematuridade e Síndrome do Desconforto Respiratório (SAME, 2015). Esta unidade é a referência para a grande Florianópolis para o atendimento ao RN de risco, por este motivo e devido o serviço de vaga zero, muitas vezes recebe RN para além da sua capacidade.

A unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por 14 médicos neonatologistas, nove enfermeiros, 22 técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, cinco fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, um escriturário e uma estagiária de enfermagem. Também recebe o apoio de uma assistente social.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No primeiro momento foram convidados todos os 45 enfermeiros da MCD em Florianópolis para definição do referencial teórico a ser utilizado. No segundo momento, o objetivo foi desenvolver um protótipo de software para operacionalização do PE na unidade neonatal, sendo convidadas então as nove enfermeiras atuantes nesta unidade.

Nesta investigação foram considerados critérios de inclusão: ser enfermeiro do quadro efetivo e atuante na MCD. E como critérios de exclusão: enfermeiros de férias, licença prêmio e em tratamento de saúde.

Assim, participaram desta investigação no primeiro momento 15 enfermeiras e no segundo, nove enfermeiras da unidade neonatal.

### 3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO – COLETA DE DADOS:

A operacionalização desta investigação se deu em 4 momentos distintos:

#### **1ª etapa - Fase preliminar:**

Esta fase aconteceu no período de outubro a novembro de 2015, sendo a etapa de definição do referencial teórico com todos os enfermeiros da Instituição.

A coleta de dados ocorreu a partir de quatro estratégias distintas: revisão de literatura, busca documental, encontros com enfermeiros da instituição e espaços de discussão no cotidiano da assistência.

Inicialmente foi feita uma revisão de literatura (1ª estratégia metodológica) sobre os referenciais teóricos utilizados na área materno infantil nas bases de dados SciELO e LILACS. Os descritores utilizados para busca das publicações foram “processos de enfermagem”, “recém-nascido”, “obstetrícia”, “teoria de enfermagem”, “unidades de terapia intensiva neonatal” e “maternidade”. A busca ocorreu no período de maio a julho de 2015. O recorte temporal foi de 1990 a 2015. Como critérios de inclusão, foram consideradas publicações nacionais e internacionais nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra nos meios eletrônicos e indexados. Foram excluídas as publicações que não abordavam sobre referenciais teóricos utilizados na área materno-infantil. Os achados foram organizados em tabelas, contendo seis colunas, com os dados dos autores, título, natureza da pesquisa, local, ano de publicação e referencial teórico. Estes dados foram utilizados para embasar a definição do referencial teórico.

No segundo momento foi feita uma busca documental (2ª estratégia metodológica) sobre os materiais relativos a SAE existentes na maternidade, no período de agosto a setembro de 2015. Nesta etapa, realizamos contato com a Gerente de Enfermagem da Instituição para realizar o levantamento acerca dos documentos e instrumentos que foram construídos em diferentes momentos da história da maternidade, como tentativa de implementação da SAE. Entretanto, não foi encontrado nenhum documento neste momento. Partimos então para o contato com as enfermeiras que atuavam há mais tempo na Instituição. Sendo que uma das enfermeiras disponibilizou documentos que foram elaborados pelo grupo de estudos de projeto de Metodologia da Assistência da Instituição, em 1996 (ANEXO A).

Como terceira estratégia foi realizada uma prática educativa com 15 enfermeiras da Instituição, no período de outubro a novembro de 2015. Primeiramente foi contactada a gerente de enfermagem para informar sobre o objetivo da pesquisa e a necessidade de reunir o grupo de enfermeiros, definindo a melhor data. Em seguida, os enfermeiros foram convidados a participar do encontro através de um convite formal e também foi colocado nas unidades um pôster informando sobre o encontro e a importância do mesmo (Apêndice A).

No primeiro encontro participaram 15 enfermeiras, sendo uma delas a gerente de enfermagem interina. Iniciou-se com uma breve

apresentação da pesquisa “Sistematização da Assistência em Enfermagem em Unidade Neonatal: desenvolvimento de um software-protótipo”. Após foi feita uma introdução sobre a importância de ter um referencial teórico e apresentação sobre as tentativas anteriores de implementação da SAE na Maternidade. Foi entregue para as enfermeiras os instrumentos resgatados na busca documental que foram elaborados em 1996 pelo grupo de estudos de projeto de Metodologia da Assistência da Instituição, para conhecimento. Em seguida foi apresentado o problema a ser trabalhado durante a prática educativa, ou seja, a falta de um referencial teórico para sustentar a prática da enfermagem.

Após foi realizado um levantamento com os enfermeiros acerca do que eles sabiam sobre teorias de enfermagem, quais conheciam e se tiveram alguma experiência de utilização da mesma. Para isso os participantes foram divididos em 3 grupos de 5 enfermeiras, foi entregue cartolina e caneta hidrocor. A discussão dos pequenos grupos para responder as questões foi bastante produtiva. As enfermeiras confeccionaram cartazes (APÊNDICE B) e fizeram uma breve apresentação ao grupo.

Ao término da apresentação dos grupos iniciei explanação sobre os referenciais teóricos que foram encontrados na literatura para área materno-infantil. Dentre os estudos selecionados as teorias que apareceram foram: teoria das NHB, teoria humanística de Paterson e Zderad, teoria transcultural de Leininger, teoria do desenvolvimento da família, modelo teórico de Orem, sistema conceitual de King e teoria do relacionamento interpessoal de Peplau. Além dessas teorias acrescentei mais duas (a teoria de Roy e a teoria de Florence), visto que estas teorias de enfermagem são bem conhecidas. Foram impressos alguns artigos que contemplavam as teorias de enfermagem e foi informado que ficariam na sala da gerente de enfermagem para leitura.

Após este primeiro encontro, os enfermeiros foram motivados, a fomentar a discussão sobre o tema com suas equipes de trabalho (4ª estratégia metodológica), com o objetivo de definir com as equipes qual referencial teórico que melhor se adaptava à realidade em que eles atuavam. O combinado é que eles deixariam registrado junto à gerente de enfermagem a decisão do seu grupo. Esta estratégia foi desenvolvida com o objetivo de envolver toda equipe de enfermagem da Instituição, nas reflexões sobre o tema.

Após este período contabilizou-se nove votos, sendo sete para teoria da Wanda, um voto para Orem e um voto para King. A partir do

resultado foi definido que no segundo encontro seria abordado apenas a Teoria de Wanda Aguiar Horta.

No segundo encontro participaram 10 enfermeiras, sendo uma delas a gerente de enfermagem. Este encontro iniciou com uma exposição dialogada sobre a SAE conduzida por um profissional experiente nesta área, em seguida passamos para explanação da teoria das NHB.

A convidada iniciou sua palestra falando da importância da SAE e de ter um referencial teórico para embasar o PE. Durante a palestra houve participação das enfermeiras, muitas aproveitaram para tirar dúvidas em relação a SAE e diagnóstico de enfermagem.

Após passamos para apresentação sobre a Teoria de Wanda Aguiar Horta onde foi apresentado um PE embasado na teoria das NHB.

Para encerramento da prática educativa foi apresentado um vídeo sobre trabalho em equipe e planejamento. O vídeo mostrou o “vão dos gansos”, onde aparece o companheirismo e liderança, e mostra que se tivéssemos o mesmo sentido do ganso nos manteríamos em formação com os que lideram, se tivermos senso de comunidade como os gansos saberemos revezar-nos na execução das tarefas difíceis, respeitando as diferenças, para podermos ter união e companheirismo. Termina mostrando que é uma recompensa, um privilégio e um desafio fazer parte de uma equipe.

Em seguida foi entregue o instrumento de avaliação dos encontros para os participantes e realizado agradecimento pela participação (APÊNDICE C). As enfermeiras solicitaram a continuação dos encontros para começar a discutir sobre como será realizado as etapas do PE embasadas na teoria.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) e o Termo para autorização para fotografias e gravação das oficinas (APÊNDICE E). Cada encontro teve duração aproximada de três horas e foram registrados por meio de gravação, fotos e avaliação escrita das atividades desempenhadas.

## **2ª etapa - Fase de planejamento do Software**

Nesta etapa, foram convidadas as enfermeiras da Unidade Neonatal para novos encontros com objetivo de organizar uma ferramenta para operacionalização da SAE na unidade. Essa etapa ocorreu no período de janeiro a maio de 2016. Os encontros foram marcados de acordo com a disponibilidade da equipe, tentando sempre marcar nos dias que mais

enfermeiras pudessem comparecer, e foram realizados na sala ou no auditório do centro de estudos.

Foram necessários quatro encontros para criação de todas as etapas do PE. No primeiro encontro participaram sete enfermeiras, iniciamos falando de todas as etapas que precisavam ser desenvolvidas e começamos a fazer um esboço do histórico de enfermagem embasado na Teoria das NHB. Após a transcrição do encontro, li e reli o histórico realizando algumas alterações.

No segundo encontro participaram sete enfermeiras. Iniciamos o encontro a partir da validação do histórico de enfermagem. Após escolhermos os diagnósticos de enfermagem usando a referência da Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), optamos por escolher seis diagnósticos de enfermagem mais prevalentes na Unidade Neonatal devido ao tempo para desenvolver as prescrições. Escolhemos um diagnóstico sobre respiração, um sobre alimentação, um sobre vínculo, um de infecção, um de integridade da pele e um sobre comportamento desorganizado. As enfermeiras foram divididas em dupla e ficaram responsáveis por um diagnóstico para fazer as prescrições com justificativa científica e trazer na próxima reunião.

No terceiro encontro participaram cinco enfermeiras. Iniciamos com a discussão das prescrições de enfermagem dos seguintes diagnósticos: risco de comportamento desorganizado do lactente relacionado à prematuridade; risco de integridade da pele prejudicada relacionado a extremos de idade; padrão respiratório ineficaz caracterizado por pressão respiratória anormal relacionado a imaturidade neurológica e risco de vínculo prejudicado relacionado à prematuridade. Todas as prescrições foram lidas e discutidas entre as enfermeiras, retiramos algumas prescrições e acrescentamos outras. Aproveitamos a discussão sobre as prescrições de enfermagem para rever os cuidados que estavam sendo realizados no RN e assim iniciar algumas mudanças para melhoria do cuidado prestado ao RN e sua família.

No quarto encontro participaram cinco enfermeiras. Começamos com a discussão das prescrições dos dois diagnósticos faltantes: risco de infecção relacionado a procedimento invasivo e Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração relacionado a prematuridade. Nesse encontro conversamos sobre as prescrições padrão, que são as prescrições que comportam vários diagnósticos, e selecionamos as que apareciam nos que foram selecionados. Finalizada e validadas as prescrições discutimos

sobre a evolução de enfermagem, que será realizada em forma de SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano).

A evolução de enfermagem em forma de SOAP tem por objetivo apresentar o maior número de informações sobre o paciente e sistematizar as informações, pois abordam os dados subjetivos do paciente, os objetivos que englobam o exame físico e exames complementares, a avaliação que é feita após a coleta dos dados e informações subjetivas e objetivas e por último o plano de cuidados que será elaborado a partir das necessidades avaliadas do paciente.

### **3ª etapa - Fase de desenvolvimento do Protótipo**

Para realizar a prototipação primeiro foi feito contato com uma analista programadora para desenvolver o protótipo conforme proposta do grupo de enfermeiros da unidade neonatal. Essa etapa ocorreu no período de junho a setembro de 2016. Inicialmente conversei por telefone e informei como pensávamos que seria o software-protótipo e após enviei por email todas as etapas do PE, que foram desenvolvidas pelas enfermeiras, que deveriam constar no protótipo.

Após um mês, a analista enviou as telas projetadas do protótipo com base na conversa pelo telefone e nos dados que lhe foram enviados. Avaliei as telas e anotei algumas alterações que precisavam ser realizadas. Marcamos uma reunião para a mesma semana, inicialmente apenas a pesquisadora e a analista.

Na reunião fizemos as alterações necessárias e acrescentamos algumas telas que precisavam, como uma tela para alta do RN. A analista ficou de enviar a segunda versão do protótipo funcional após uma semana.

Após recebimento do protótipo foi agendada uma reunião com as enfermeiras para demonstração do protótipo.

### **4ª etapa - Fase de avaliação do Protótipo**

Esta foi a última etapa da pesquisa, onde foi realizada uma reunião com quatro enfermeiras, para mostrar como seria o software-protótipo e discutir sobre o mesmo, realizando assim avaliação do protótipo.

As enfermeiras que trabalharam na fase de planejamento do software-protótipo avaliaram:

✓ Funcionalidade: “capacidade do produto de software de prover funções que atendam às necessidades solicitadas quando o software estiver

sendo utilizado sob condições especificadas” (NBR ISO/IEC 9126-1, 2003, p.8). As enfermeiras avaliaram que o software-protótipo facilitará a implementação da SAE e será fácil utilizar diariamente.

✓ Usabilidade: “capacidade do produto de software de ser compreendido, aprendido, operado e atraente ao usuário” (NBR ISO/IEC 9126-1, 2003, p.9). As enfermeiras avaliaram que o sistema é de fácil acesso e entendimento.

✓ Portabilidade: “capacidade do produto de software de ser transferido de um ambiente para outro” (NBR ISO/IEC 9126-1, 2003, p.10). As enfermeiras avaliaram que por ser um sistema que futuramente será online terá uma boa portabilidade.

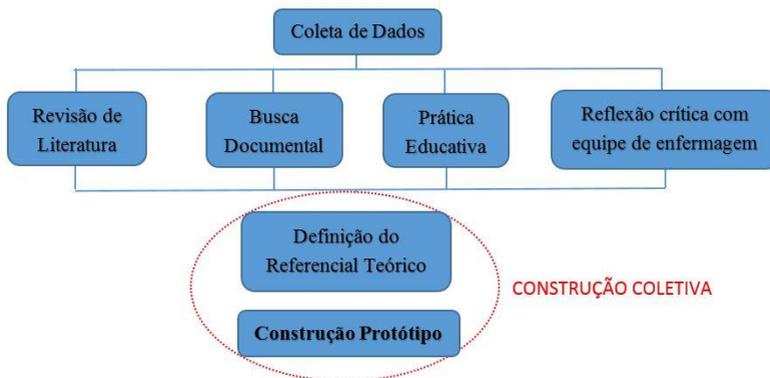
As outras fases de avaliação de um software protótipo, como confiabilidade, eficiência e manutenibilidade, só são possíveis realizar com o funcionamento do software.

Em razão do tempo, para desenvolvimento desta pesquisa, não pretendeu-se neste momento fazer uma avaliação da implementação do software-protótipo na prática, apenas testamos se a ferramenta criada correspondeu às expectativas do grupo que a concebeu.

Como nem todas as enfermeiras da unidade participaram da reunião, foi disponibilizado o protótipo em conversas individuais, para que todos os envolvidos com a construção da ferramenta pudessem avaliá-la.

A partir das alterações sugeridas pelas enfermeiras foi realizada uma videoconferência com a analista do sistema para fazermos a versão final do protótipo.

A seguir apresentaremos o fluxograma síntese para melhor visualização das etapas de coleta de dados (FIGURA 1).

**Figura 1** - Fluxograma representativo da Coleta de Dados

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

### 3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada em dois momentos distintos: o primeiro correspondeu a análise dos dados relativos a definição do referencial teórico, que foi realizado em três fases, baseada nos modelos de Morse e Field (1995) e Monticelli (2003). Fase 1 – Coleta e organização dos dados: foi realizada a partir da coleta de dados, utilizando as informações das transcrições dos encontros e as notas do pesquisador. Fase 2 – Codificação: após organização dos dados iniciou a codificação, com intuito de reconhecer palavras ou frases que persistem nos relatos, ou seja, o código que reflete o enfoque principal do diálogo. Fase 3 – Identificação dos temas emergentes: após identificação dos códigos foi realizada a identificação dos temas emergentes, o qual foi representado pelo conjunto de códigos com características similares. Terminada esta fase, foi realizada uma reflexão acerca do(s) tema(s) emergente(s) dos encontros, ancorada na literatura.

E o segundo momento, foi a organização do produto propriamente dito. Os dados coletados através dos encontros com os enfermeiros da unidade neonatal foram registrados a partir de gravações e registros em diário de campo após cada encontro com as percepções da pesquisadora. As informações foram separadas no intuito de organizar o histórico de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, as prescrições de enfermagem e a evolução de enfermagem, sendo referendadas com a

literatura atual pertinente ao tema e o referencial teórico das NHB. A avaliação deste processo ocorreu ao longo do mesmo.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para nortear o estudo em relação aos princípios e questões éticas foi utilizada a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que garante o anonimato, o direito de voluntariedade e desistência dos sujeitos da pesquisa em qualquer momento ou etapa da mesma (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que manifestou sua autorização à participação na pesquisa. O TCLE conteve justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa, também foi colocado os possíveis riscos e desconfortos decorrentes da participação da pesquisa, além dos benefícios da participação da mesma, garantia do sigilo e privacidade dos participantes em qualquer fase da pesquisa, garantia do participante de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, garantia que o participante receberá uma via do TCLE e garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes a pesquisa (BRASIL, 2012). Para garantir o anonimato dos participantes os mesmos foram identificados pela letra “E” (enfermeiro) seguido do número sequencial, por exemplo, E1, E2 ... E15. E os dados apresentados no software-protótipo são fictícios.

A pesquisa foi enviada para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da MCD e só foi iniciada após sua aprovação sobre CAAE 49515215.1.0000.0114 (ANEXO B). Cabe ressaltar também, que este projeto foi encaminhado para o Secretaria de Inovação Tecnológica da UFSC para registro de propriedade intelectual.



## **4 RESULTADOS**

O presente capítulo será apresentado de acordo com a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC (MPENF, 2014).

**4.1 MANUSCRITO: REFLEXÕES DE ENFERMEIRAS NA BUSCA DO REFERENCIAL TEÓRICO PARA ASSISTÊNCIA NA MATERNIDADE**

**4.2 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

**4.3 PRODUTO FINAL:**

**4.3.1 Software- Protótipo SENFNEO**

**4.3.2 Marca SENFNEO**

#### 4.1 MANUSCRITO: REFLEXÕES DE ENFERMEIRAS NA BUSCA DO REFERENCIAL TEÓRICO PARA ASSISTÊNCIA NA MATERNIDADE

##### **RESUMO**

Objetivo: definir o referencial teórico para sustentar a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma maternidade do sul do Brasil. Método: trata-se da etapa preliminar de um estudo metodológico, com abordagem qualitativa dos dados, realizada a partir de uma prática educativa, guiada pelos pressupostos de Paulo Freire, com 15 enfermeiras, no período de agosto a novembro de 2015. A análise de dados buscou identificar os temas emergentes. Resultados: como temas emergentes foram elencados: Conhecimento das enfermeiras sobre Teorias de Enfermagem; Dificuldades para implementação da sistematização da assistência de enfermagem; Importância do referencial para subsidiar a prática e; A prática educativa como possibilidade para efetivação da sistematização da assistência de enfermagem. Conclusão: o processo de discussão para a obtenção do referencial teórico permitiu reflexões sobre a prática, reforçando a importância de um referencial teórico para guiar o seu processo de trabalho e fortalecimento da qualidade da assistência.

**Descritores:** Teoria de Enfermagem. Maternidades. Enfermagem Materno-Infantil.

##### **INTRODUÇÃO**

O profissional de enfermagem compreende que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma maneira utilizada para planejar, organizar e direcionar sua prática. Sendo que sua operacionalização se dá a partir da elaboração do Processo de Enfermagem (PE) individualizado para cada paciente, viabilizando a melhoria nos registros e a humanização da assistência. O PE pode ser determinante na qualificação da assistência desde que esteja embasado cientificamente (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

Para a efetividade da implantação da SAE é necessário que esta seja fundamentada em um referencial teórico condizente com a realidade da população atendida e com o ambiente organizacional. Neste sentido, as teorias de enfermagem contribuem para o enfermeiro compreender a realidade, favorecem a reflexão e a crítica, incluem elementos científicos

na análise da realidade, sustentam a definição de seus papéis, além de colaborar na produção de conhecimento (ALCÂNTARA *et al.*, 2011).

Segundo a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o PE deve estar sustentado por um suporte teórico que auxilie a coleta de dados, a realização de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações de enfermagem, além de fornecer a base para a avaliação dos resultados de enfermagem (COFEN, 2009).

Ao realizar um levantamento nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), com os descritores “processos de enfermagem”, “recém-nascido”, “obstetrícia”, “teoria de enfermagem”, “unidades de terapia intensiva neonatal” e “maternidades”, com o recorte temporal de 1990 a 2015, foram encontrados apenas três dissertações e quatro artigos que descrevem os referenciais teóricos utilizados para sustentar a prática na área materno-infantil.

Além do referencial teórico para implantação da SAE é necessária educação permanente com a equipe, sensibilização dos profissionais quanto a importância da SAE e avaliação de sua implantação adaptando à realidade do serviço (TAVARES *et al.*, 2013).

Entretanto, apesar da SAE ser uma exigência legal e contribuir para a qualidade da assistência, ainda são verificadas dificuldades na sua implementação. Estudo realizado em três hospitais de um município do Sul de Minas Gerais aponta que existem mais desafios que facilidades para operacionalização da SAE, tais como: implementar a SAE de forma sistematizada e individualizada, deficiência dos registros do enfermeiro em relação a SAE, falta de impressos e protocolos, escassez de enfermeiros, ausência de capacitações, falta de um ambiente para a passagem dos plantões, bem como registros de enfermagem incompletos (SOARES *et al.* 2015).

Outras barreiras para implantação da SAE são: falta de experiência profissional, sentimento de desvalorização do enfermeiro, a percepção de muitos enfermeiros em relação às questões técnicas possuem maior relevância que as científicas (MASSAROLI *et al.*, 2015).

Estudo realizado na América do Sul aponta dificuldades semelhantes na implementação do PE, como: difícil elaboração, diversidade, formação dos docentes, oposição dos médicos e escassa atuação dos enfermeiros na gestão (GRANERO-MOLINA *et al.*, 2012).

Diante destas dificuldades, apesar da implantação da SAE ser preconizada pelo COFEN há 14 anos, sua operacionalização ainda não é

realidade em muitas instituições, como é o caso da instituição na qual foi realizado o presente estudo.

O primeiro passo para que a implantação da SAE seja efetivada na prática, é a definição de um referencial teórico para sustentar as ações dos enfermeiros. Para que esta definição seja feita de maneira adequada, é fundamental o estabelecimento do diálogo com as pessoas envolvidas, para que elas possam refletir criticamente sobre suas ações e a sua realidade, buscando estabelecer a relação entre a teoria e a prática. Durante o diálogo coletivo, os sujeitos se encontram na busca de caminhos para transformar a realidade na qual estão inseridos, permeados pelo processo de ação-reflexão-ação e pela possibilidade de criar e recriar (FREIRE, 2009).

Frente a essa contextualização, apresenta-se a seguinte questão investigativa: qual referencial teórico é mais adequado para a implantação da SAE em uma Maternidade Pública do sul do Brasil, na opinião dos enfermeiros desta instituição?

Com isso, o objetivo geral foi definir o referencial teórico para sustentar a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma maternidade do sul do Brasil.

Acredita-se que o desenvolvimento deste estudo trará benefícios para a Instituição, pois a partir da escolha do referencial, poderá despertar o interesse dos enfermeiros da Maternidade em implantar a SAE nas unidades.

## MÉTODOS

Tipo de estudo: trata-se de uma pesquisa metodológica cujo objetivo final é desenvolver um protótipo de um software para SAE na unidade neonatal. Neste estudo é apresentada a primeira etapa da pesquisa, com abordagem qualitativa, onde foi desenvolvida uma prática educativa junto aos enfermeiros da referida unidade.

A prática educativa foi baseada nos pressupostos da Metodologia da Problematização de Paulo Freire, pois considera que o homem a partir de sua realidade sócio, histórica e cultural pode ter consciência do lugar que ocupa na sociedade e consciência sobre o que oprime, levando-o a uma ação e reflexão da realidade para poder modificá-la. Um processo que favorece a troca de conhecimentos e experiências, tem como pressuposto as situações vivenciadas e experimentadas pelos indivíduos e consideradas problemáticas, com ponto de partida na realidade (FREIRE, 2008).

Cenário e participantes do estudo: o estudo foi desenvolvido com 15 enfermeiras que atuam em uma Maternidade Pública do Sul do Brasil, 100% Sistema Único de Saúde e que é referência terciária na atenção obstétrica e neonatal no estado de Santa Catarina. Os critérios de inclusão para seleção das enfermeiras foram: ser enfermeiro do quadro efetivo e atuante na Instituição e como critérios de exclusão foram: enfermeiros de férias, licença prêmio e em tratamento de saúde.

Coleta e organização dos dados: a coleta deu-se a partir de estratégias distintas: busca documental, encontros com enfermeiros da instituição e espaços de discussão no cotidiano da assistência.

No primeiro momento, foi realizada uma busca documental sobre os materiais existentes sobre iniciativas vinculadas à implantação da SAE na maternidade, no período de agosto a setembro de 2015. Nesta etapa, realizou-se contato com a Gerente de Enfermagem da Instituição para o levantamento acerca dos documentos e instrumentos que foram construídos em diferentes momentos da história da maternidade, como tentativa de implementação da SAE. Entretanto, não foi encontrado nenhum documento neste momento. Partimos então para o contato com as enfermeiras que atuavam há mais tempo na Instituição, e uma das enfermeiras disponibilizou documentos que foram elaborados pelo grupo de estudos de projeto de Metodologia da Assistência da Instituição, em 1996 e 2001.

Em seguida, foi realizada uma prática educativa, no período de outubro a novembro de 2015, com 15 enfermeiras da Instituição.

O primeiro encontro com os participantes teve como objetivo apresentar o problema a ser trabalhado durante a prática educativa, ou seja, a falta de um referencial teórico que sustente a implantação da SAE na Instituição. Neste encontro, foi realizada uma breve apresentação da pesquisa “Sistematização da Assistência em Enfermagem em Unidade Neonatal: desenvolvimento de um software-protótipo”. Após foi feita uma introdução da importância de um referencial teórico e apresentação sobre as tentativas anteriores de implementação da SAE na Maternidade, sendo disponibilizados os documentos que foram resgatados na etapa de pesquisa documental. Em seguida foi realizado um levantamento com as enfermeiras acerca do conhecimento deles em relação às teorias de enfermagem e, para tal os participantes foram divididos em 3 grupos de 5 enfermeiras. Ao término da apresentação dos grupos foi iniciada, pela pesquisadora, a explanação sobre os referenciais teóricos que foram encontrados na literatura para área materno-infantil.

Após este primeiro encontro, os enfermeiros foram motivados, a fomentar a discussão sobre o tema com suas equipes de trabalho, com o objetivo de definir com sua equipe qual referencial teórico que melhor se adaptava à realidade em que eles atuavam. E o pactuado foi que eles deixariam registrado junto à gerente de enfermagem a decisão do seu grupo. Esta estratégia foi desenvolvida com o objetivo de envolver toda equipe de enfermagem da Instituição, nas reflexões sobre o tema.

No segundo encontro, foi efetuada uma exposição dialogada sobre a SAE conduzida por um profissional experiente nesta área, em seguida passou-se para a explanação da teoria definida pelas enfermeiras da Instituição para sustentar a implantação da SAE. Para encerramento da prática educativa foi apresentado um vídeo sobre trabalho em equipe e planejamento e após foi entregue o instrumento de avaliação. Cada encontro teve duração aproximada de três horas, e foram registrados por meio de gravação, fotos e avaliação escrita das atividades desempenhadas.

Análise de dados: foi realizada em três fases: Fase 1 – Coleta e organização dos dados; Fase 2 – Codificação e Fase 3 – Identificação dos temas emergentes (MORSE, FIELD, 1995; MONTICELLI, 2003).

Aspectos éticos: o estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que garante o anonimato, o direito de voluntariedade e desistência dos participantes da pesquisa em qualquer momento ou etapa da mesma (BRASIL, 2012). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorização para fotografias e gravação das oficinas. O desenvolvimento do mesmo foi aprovado pela instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição investigada sobre CAAE 49515215.1.0000.0114. Para garantir o anonimato dos participantes os mesmos foram identificados pela letra “E” (enfermeiro) seguido do número sequencial, por exemplo, E1, E2 ... E15.

## **RESULTADOS**

Para auxiliar na definição do referencial teórico, foi realizada inicialmente a busca documental para conhecer um pouco da história dos movimentos para implantação da SAE na Instituição e partir da própria realidade para iniciar os diálogos com os enfermeiros. Foram encontrados os instrumentos elaborados em 1996 pelo grupo de estudos de projeto de Metodologia da Assistência da Instituição, o histórico de enfermagem obstétrica e a prescrição de enfermagem para puérpera. Estes

instrumentos eram na forma de *check-list* e utilizavam a Teoria das NHB. Segundo relatos de algumas enfermeiras, estes instrumentos não foram colocados em prática. Apenas em 2001, quando a enfermeira Evangelina Kotzias Atherino dos Santos, assumiu a Direção Geral da Maternidade, foram retomadas as discussões, mas também não foi possível implementar na prática e pouco se avançou neste momento.

A partir do levantamento da literatura sobre a temática e os resultados da busca documental, foi realizada a prática educativa com os enfermeiros da Maternidade ancorada na pedagogia problematizadora de Paulo Freire. Os dados desta prática foram analisados procurando identificar os temas emergentes, com o objetivo de expressar o caminho percorrido para definição do referencial teórico.

### Tema 1: Conhecimento das enfermeiras sobre Teorias de Enfermagem

Em relação ao conceito/definição sobre teoria de enfermagem as enfermeiras apontam que:

*São conceitos e pressupostos que são utilizados para organizar e direcionar a assistência de enfermagem (E1, E2, E3, E4, E5).*

*As teorias norteiam o cuidado de enfermagem (E6, E7, E8, E9, E10).*

*Teorias são conhecimentos que vão nortear a prática da enfermagem (E11, E12, E13, E14, E15).*

As enfermeiras relataram conhecer diferentes teorias, como por exemplo: Teoria de autocuidado de Orem, Teoria de adaptação de Roy, Teoria transcultural de Leininger, Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta, Teoria humanística de Paterson e Zderad, Teoria ambientalista de Florence e Teoria interpessoal de Peplau. No entanto, as experiências que tiveram foram durante a formação, não tendo contato na prática da Instituição.

*A teoria de Roy pode utilizar em qualquer lugar da casa (maternidade), é muito interessante porque tem a situação dos pais que tem que se adaptar porque o filho está nascendo, do filho que nasceu*

*e está se adaptando, a vida da mulher que está morrendo e tem que se adaptar à nova situação e da família dela, é uma teoria bem abrangente (E12).*

*Todas as enfermeiras tiveram contato com a Wanda Horta, que é a Teoria das NHB, tanto na graduação para fazer o processo de enfermagem quanto as meninas aqui da instituição no passado quando estavam estudando para fazer a aplicação da teoria, não foi implantada na casa, mas foi estudada pelo grupo de enfermeiras daqui (E14).*

## Tema 2: Dificuldades para implementação da SAE

Os profissionais teceram comentários sobre as tentativas de implementação da SAE na instituição, mostrando comprometimento e apontando as dificuldades que vivenciam na prática:

*Estamos tentando, o que não pode é desistir (E12).*

*Na época que tentamos implantar a SAE trabalhamos bastante, estudamos e deixamos também na gerência referências e escolhemos a Wanda. Se morreu na época, foi porque não tinha enfermeira 24 horas, se implantássemos não ia ter continuidade (E11).*

*Tentamos por duas vezes implementar a SAE, mas não foi possível, apesar de todo nosso esforço. Geralmente tínhamos uma enfermeira para cobrir toda a maternidade, impossibilitando realizar a sistematização da assistência (Diário de campo da pesquisadora).*

## Tema 3: Importância do referencial para subsidiar a prática

*Enquanto teorista é bom pensarmos que para aplicar temos que estudar, entender, fazer parte da prática de todas. O que fica mais fácil é o que todo mundo conhece. É bem complicado, mas algo para pensarmos com carinho (E12).*

*A teoria da Orem é usada no banco de leite, apesar de não ter a sistematização completa. Porque a Orem? Porque vai trabalhar o autocuidado, porque a mãe vai com a mama ingurgitada e vai continuar se cuidando em casa. Tem a continuidade do cuidado em casa, se adaptando a prática do setor (E13).*

*Em um hospital do estado está sendo implantado a SAE, usaram a teoria de Travelbee, é muito maravilhoso tem tudo pronto no sistema. Em outro hospital usaram a teoria das NHB, tem tudo pronto no sistema. Muito legal ver na prática, o olho da gente brilha... Ver tudo que você sempre sonhou fazer, o quanto aquilo vai ser um diferencial para instituição, o quanto aquilo vai resguardar o profissional que lá trabalha, quanto vai ser importante para a equipe como um todo, para poder a enfermagem estar se mostrando. É muito legal (E11).*

#### Tema 4: A prática educativa como possibilidade para efetivação da SAE

*Foi muito importante a iniciativa em ter se comprometido com a temática para implantação da SAE na instituição (E3)*

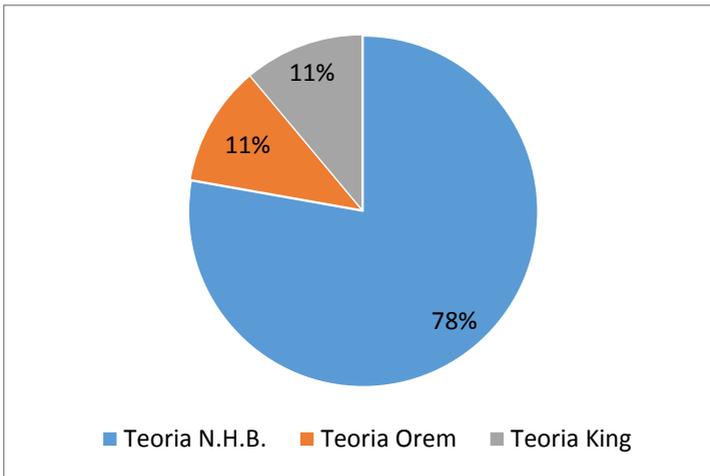
*Gostei da clareza e facilidade com que o assunto foi tratado, parecendo que será possível desta vez a implantação da SAE (E6)*

*Gostaria de mais encontros para construirmos os instrumentos a serem utilizados (E8).*

*Gostei de ter reunido as enfermeiras de diferentes setores para discutir e refletir sobre a sistematização (E1).*

Assim, ao fomentar esta discussão nas diferentes unidades da Instituição, as enfermeiras trouxeram como referencial eleito para Instituição, a Teoria das NHB, conforme voto da maioria das equipes de enfermagem (FIGURA 2).

**Figura 2** - Opinião das equipes de enfermagem sobre a definição do referencial teórico, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015.



Por fim, ressalta-se que as enfermeiras solicitaram a continuação dos encontros para discutir sobre a aplicação da referencial teórico à prática desenvolvida na maternidade e sobre como será realizado as etapas do PE em cada unidade.

## DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros têm conhecimento do que é teoria, conhecem algumas teorias de enfermagem e sabem de sua importância para a prática da enfermagem. Os enfermeiros entendem a SAE como um método de trabalho que tem sustentação nos modelos teóricos aplicados à prática, através do PE, dando origem a uma metodologia de trabalho que sistematiza as ações e organiza o trabalho (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012).

Os autores vêm assinalando que as teorias de enfermagem são fundamentais para construção do saber e da prática profissional, pois auxiliam “na orientação dos modelos clínicos da enfermagem e têm possibilitado que os profissionais descrevam e expliquem aspectos da realidade assistencial, auxiliando no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área” (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010, p.183).

As teorias de enfermagem são utilizadas para compreender e dar sentido à prática profissional, garantindo uma prática embasada na experiência pessoal e nos pressupostos científicos de cada teórico (HUITZI-EGILEGOR *et al.*, 2014). Também são fundamentais para descrever, prever e explicar os fenômenos através da investigação para proporcionar maior clareza e utilizar definições consistentes com intuito de melhorar a assistência (KARNICK, 2013). As teorias sustentam uma relação recíproca com as ações de enfermagem para estruturar a prática profissional (PORTO *et al.*, 2013).

“As teorias de enfermagem auxiliam a compreensão da realidade, favorecendo a reflexão e a crítica, evitando a naturalidade e a banalidade dos fenômenos, com base em elementos científicos no entendimento e na análise da realidade” (ALCÂNTARA *et al.*, 2011, p.118-119).

Cabe destacar, as diferentes tentativas de implementação da SAE e o envolvimento dos enfermeiros, apesar das dificuldades encontradas no dia a dia. Esta não é uma realidade apenas desta Instituição, outros estudos apontam dificuldades para implantação da SAE como: falta de tempo dos profissionais, número reduzido de enfermeiros, sobrecarga de trabalho, alta demanda de pacientes, despreparo da equipe, desvalorização por outros profissionais, falta de interesse e apoio da instituição (MASSAROLI *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2015; MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012; GRANERO-MOLINA *et al.*, 2012).

Nos resultados desta investigação discutiu-se sobre a importância da SAE. Os enfermeiros reconhecem que a SAE é uma proposta para melhorar a qualidade da assistência, conduz um cuidado voltado para necessidades individuais de cada paciente, é uma ferramenta para aprofundar o conhecimento, confere autonomia profissional, possibilita a continuidade da assistência, resultando em um maior reconhecimento profissional (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012).

Para eficácia da implantação da SAE, esta deve estar pautada em uma teoria de enfermagem que seja condizente com a realidade dos pacientes atendidos e com o ambiente organizacional (ALCÂNTARA *et al.*, 2011).

A escolha pela Teoria das NHB foi devido ao maior conhecimento das enfermeiras sobre a mesma, visto que todas tiveram contato na graduação. “Para uma assistência de enfermagem adequada e individualizada é necessária a adoção do PE, baseado em uma teoria específica, que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado” (FURTADO; NÓBREGA, 2013, p.1201).

A teoria de Wanda de Aguiar Horta é o modelo teórico mais conhecido e utilizado no Brasil. A teoria foca as NHB, sendo que seus elementos “explicam, fundamentam e dão sentido às realidades no ambiente de instituições hospitalares” (PIRES; MÉIER; DANSKI, 2011, p.14). A teoria das NHB contempla todos os pacientes internados na maternidade tanto a parturiente, puérpera, neonato, mulher que interna para realizar cirurgia ginecológica e para realizar tratamento de câncer.

O resultado do estudo demonstrou que realizar uma prática educativa com as enfermeiras foi uma boa estratégia para definir o referencial teórico que será utilizado na Maternidade. A prática educativa é um processo que ocorre a partir do diálogo coletivo entre indivíduos que se encontram para transformar, criar e recriar a realidade (FREIRE, 2009). O processo educativo é uma importante estratégia para transformar a realidade, sendo um processo interativo que modifica tanto as práticas de cuidado como os profissionais de enfermagem (SANTOS, 2014).

A prática educativa resulta de um aprendizado em que o educando e o educador se transformam em reais sujeitos da construção e reconstrução do saber (freire, 2009). Este processo deve ser uma constante no cenário da enfermagem, partindo do pressuposto de que as ações de enfermagem devem ser pensadas com o intuito de contribuir com a melhoria da qualidade da assistência.

A educação problematizadora de Paulo Freire (2009), permite que os sujeitos percebam, imaginem e visualizem o problema, transformando sua realidade. Assim, acredita-se que dialogar e refletir em conjunto sobre a prática da enfermagem auxilia a percepção das pessoas sobre os problemas envolvidos com a prática, levantando hipóteses e buscando soluções para seus problemas, contribuindo para mudanças na realidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento do estudo possibilitou a definição do referencial teórico a ser utilizado na maternidade. A escolha pela Teoria das NHB, é um importante passo na efetivação da implementação da SAE. Os enfermeiros precisam aprofundar os conhecimentos acerca desta Teoria, para embasar o PE e ainda faz-se necessário elaborar alguns conceitos (enfermagem, ser humano, ambiente, entre outros), escolher qual classificação de diagnóstico utilizar, elaborar os instrumentos do PE, entre outros.

A realização da prática educativa trouxe importantes contribuições, não só para os enfermeiros participantes, mas para toda equipe de enfermagem, pois fomentou discussões e reflexões sobre a temática, destacando a importância da definição de um referencial teórico para guiar o seu processo de trabalho.

A avaliação dos encontros foi positiva, as enfermeiras gostaram da iniciativa da implantação da SAE e colocaram que é um grande desafio que agora parece ser possível realizar. Sugere-se que os gestores possam promover novos encontros com a equipe de enfermagem para continuidade deste processo, uma vez que o tema é de grande relevância para os profissionais. Destaca-se também, a carência de estudos que abordam a questão do referencial teórico na prática da enfermagem na área materno-infantil, o que não quer dizer que a prática dos enfermeiros não esteja sustentada em Teorias de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. R. *et al.* Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Cie Fac Edu Mei Amb**, v. 2, n. 2, p. 115-132, mai-out, 2011.

Disponível em:

<<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/RevistaFAEMA/issue/view/10/showToc>>. Acesso em: 01 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12 de dezembro de 2012, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013>> Acesso em: 15 de abril de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a sistematização de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Disponível em:

<[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 12 set. 2014.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática de libertação**: uma introdução ao pensamento de Freire. 3ª ed. São Paulo: Centauro, 2008. 116p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009. 148p.

FURTADO, L.G.; NÓBREGA, M.M.L. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v.22, n.4, p.1197-1204, 2013.

GRANERO-MOLINA, J. *et al.* Proceso de enfermería: ¿qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.4, p. 973-979, 2012.

HUITZI-EGILEGOR, J.X. *et al.* Implementação do processo de enfermagem em uma área da saúde: modelos e estruturas de avaliação utilizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.5, p. 772-777, set.-out., 2014.

KARNICK, P.M. The importance of defining theory in nursing: is there a common denominator? **Journal Nursing Science Quarterly**, v.26, n.1, p.29-30, 2013.

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.A. 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, mar-abr, 2012.

MASSAROLI, R. *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 19, n.2, p.252-258, abr/jun, 2015.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev Gaúcha Enferm**, v.33, n.3, p. 174-181, 2012.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma

etnografia de alojamento conjunto. 2003. 472 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MORSE, J.M.; FIELD, P.A. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed. London: Sage, 1995.

PIRES, S.M.B.; MÉIER, M.J.; DANSKI, M.T.R. Fragmentos da trajetória pessoal e profissional de Wanda Horta: contribuições para a área da enfermagem. **Hist. enferm., Rev. eletrônica**, v.2, n.1, p.1-15, jan-jul, 2011.

PORTO, A.R. *et al.* Nursing theories and models that enhance professional practice. **Rev. pesq.: cuid. fundam.** Online, v.5, n.5, p.155-1561, dec., 2013.

SANTOS, S.V. **Guia para prevenção e tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: uma construção coletiva da equipe de enfermagem. 2014. 293f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M.G.O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.1, p. 182-188, jan-mar, 2010.

SOARES, M.I. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.19, n.1, p.47-53, jan/mar, 2015.

SOUZA, M.F.G.; SANTOS, A.D.B.; MONTEIRO, A.I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.2, p.167-173, mar-abr, 2013.

SOUZA, N.R. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades referidas por enfermeiros de um hospital universitário. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.9, n.3, p.7104-10, mar, 2015.

TAVARES, T.S. *et al.* Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. **Rev Min Enferm**, v.17, n.2, p. 278-286, abr/jun, 2013.

#### 4.2 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow. E segue alguns conceitos:

- Enfermagem: é a ciência, a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas.
- Ser enfermeiro: é um ser humano com todas suas características, aberto para a vida e se engaja no compromisso assumido com a enfermagem. É gente que cuida de gente.
- Ser cliente: pode ser um indivíduo, família ou comunidade; são seres humanos que necessitam de cuidados de outros seres humanos.
- Ser enfermagem: é estar comprometido com a profissão, é se envolver com cada ser e viver cada momento como o mais importante da profissão (HORTA, 1979).

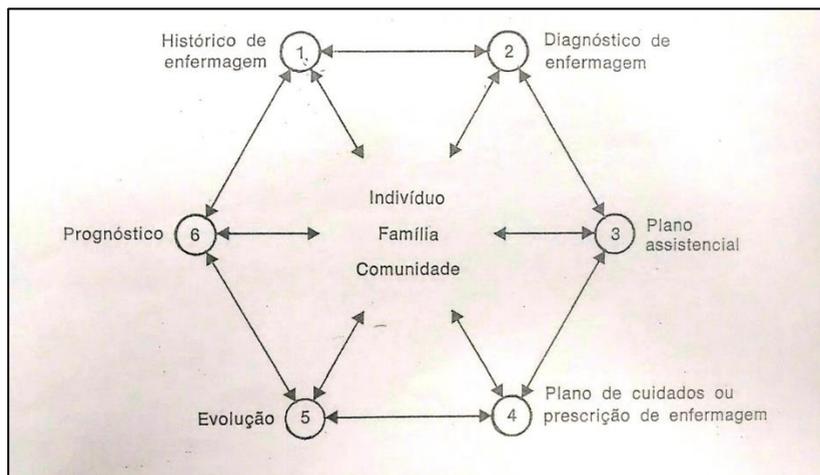
Além das NHB de Maslow, Horta adotou a denominação de João Mohana, em necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (NEVES, 2006). As necessidades psicobiológicas são divididas em necessidades de oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação, locomoção, percepção, ambiente e terapêutica. E as necessidades psicossociais em: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem e atenção. E as necessidades psicoespirituais em: religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida (HORTA, 1979).

Segundo Horta (1979) para que a enfermagem atue com eficiência precisa desenvolver sua metodologia científica, denominada PE. Esse método caracteriza-se pelo dinamismo de suas seis fases.

O primeiro passo do PE é o histórico de enfermagem (roteiro para o levantamento de dados do cliente que identificam os problemas), o segundo passo é o diagnóstico de enfermagem (identificação das necessidades do ser humano), o terceiro passo é o plano assistencial (determinação da assistência de enfermagem que o cliente deve receber a partir do diagnóstico), o quarto passo é o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem (implementação do plano assistencial), o quinto passo é a evolução de enfermagem (relato diário das mudanças do cliente) e o sexto passo é o prognóstico de enfermagem (estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas) (MARQUES, 2008; NEVES, 2006; HORTA, 1979).

Estes passos podem ser ilustrados conforme fluxograma abaixo (FIGURA 3):

**Figura 3** - Fluxograma representativo do Processo de Enfermagem.



Fonte: HORTA, W.A. Processo de enfermagem. 13. reimp. São Paulo: EPU, 1979.

#### 4.3 PRODUTO FINAL:

##### 4.3.1 Software-protótipo SENFNEO

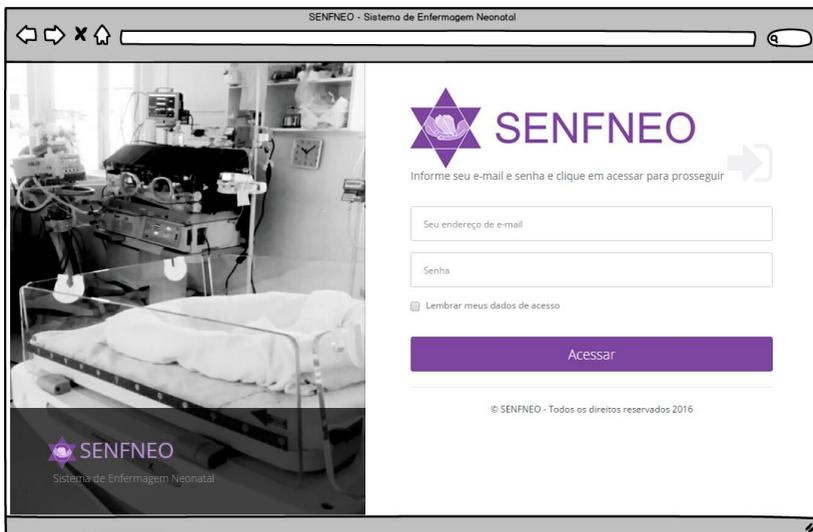
Atendendo ao objetivo principal da pesquisa foi desenvolvido um software-protótipo denominado Sistema de Enfermagem Neonatal

(SENFNEO) com o intuito de auxiliar as enfermeiras da Unidade Neonatal da MCD para operacionalização da SAE.

O protótipo é composto pelas etapas do PE, são elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem, que foram construídas em conjunto com as enfermeiras da Unidade Neonatal, além de uma tela para alta do RN e cadastro dos profissionais.

A construção coletiva dos enfermeiros deu origem ao software-protótipo para a SAE na Unidade Neonatal, apresentando a estrutura a seguir (FIGURA 4):

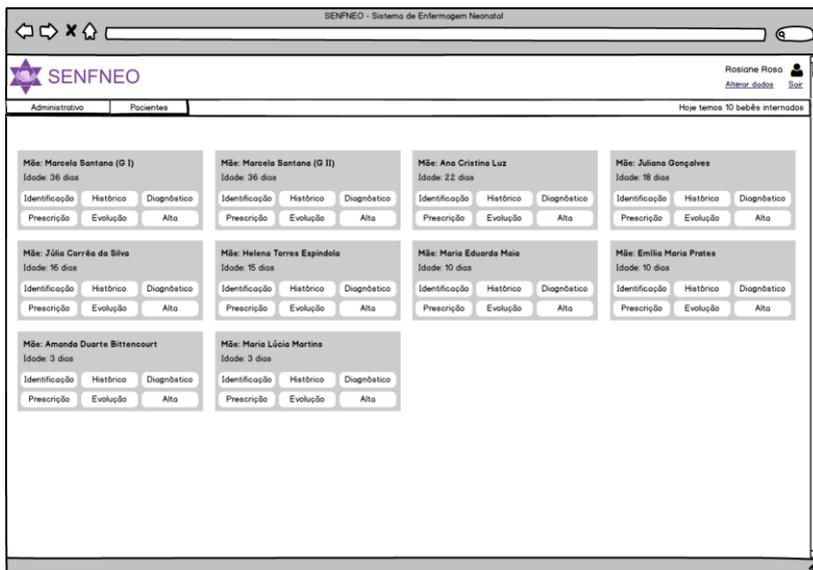
**Figura 4** - Tela inicial do Sistema de Enfermagem Neonatal



Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Para a tela inicial, pensou-se em criar uma interface que apresentasse uma imagem que lembrasse o ambiente da Unidade Neonatal. A imagem utilizada apresenta equipamentos como berço aquecido, incubadora e respirador, e foi retirada da MCD com autorização do diretor para utilizar no protótipo (ANEXO C). Essa interface apresenta uma área que destina ao login de acesso, constando o nome do usuário e senha.

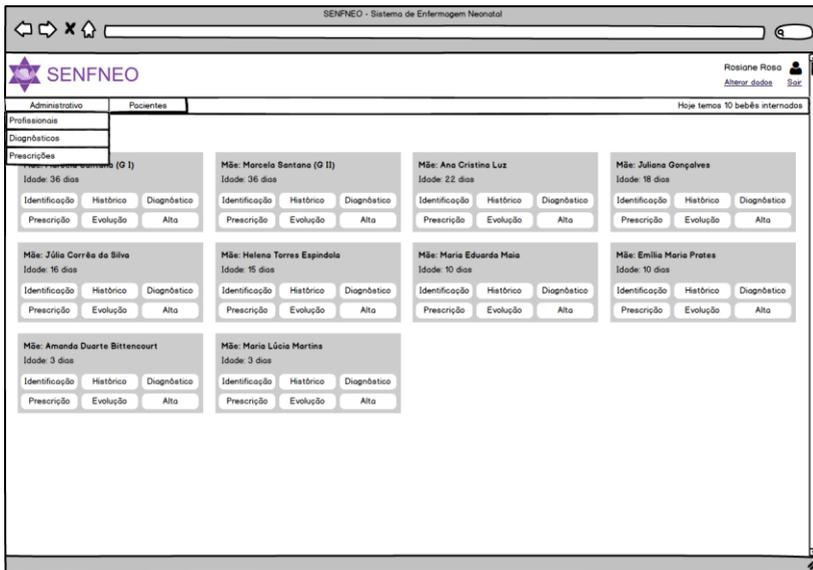
**Figura 5 - Tela Principal**



Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Essa tela permite visualizar os RN cadastrados no sistema possibilitando acessar seus dados como a identificação, histórico, diagnóstico, prescrição, evolução e alta (FIGURA 5).

**Figura 6 - Tela Menu Administrativo**



Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

O menu administrativo é composto por três abas onde estão inseridos o cadastro dos profissionais, os diagnósticos e prescrições já cadastradas (FIGURA 6). Todos os profissionais que forem cadastrados como usuários do sistema terão acesso a este menu, apenas para conhecimento. Somente o administrador poderá fazer alterações.

As Figuras 6, 7 e 8 são relativas aos dados dos enfermeiros que serão cadastrados como usuários do sistema e que irão alimentar o banco de dados com informações dos RN internados na unidade neonatal.

**Figura 7 - Tela Consultar profissionais**

The screenshot displays the 'Consultar Profissionais' (Consult Professionals) screen within the SENFNEO system. The interface includes a search bar with the text 'Pesquisar' and an 'OK' button. Below the search bar is a table listing five professionals with their names, email addresses, profiles, and activation dates. Each row has two action buttons: 'Alterar' (Change) and 'Excluir' (Delete), both with checkboxes.

Nome	e-mail	Perfil	Ativo desde	Alterar	Excluir
Amanda de Souza	amanda.souza@ses.s.gov.br	Técnico em Enfermagem	01/03/2016	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bianca Racho Silveira	bianca@gmail.com	Enfermeira	11/12/2015	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cesar Silva	cesarsilva@hotmail.com	Administrador	20/07/2015	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Danielo Silveira	dani.silveira@ses.s.gov.br	Enfermeira	04/04/2016	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rosiane Rosa	rosi.rosa@yahoo.com	Administradora	11/12/2015	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Nessa tela aparece uma lista com alguns dados dos profissionais cadastrados como usuários e consta um espaço para consultar estes profissionais.

**Figura 8 - Tela Incluir profissionais**

The screenshot displays the 'Incluir Profissional' (Add Professional) form within the SENFNEO web application. The browser's address bar shows 'SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal'. The application header includes the SENFNEO logo, the user name 'Rosiane Rosa', and options to 'Alterar dados' (Change data) and 'Sair' (Logout). A navigation menu shows 'Administrativo' (Administrative) and 'Pacientes' (Patients). A status bar at the top right indicates 'Hoje temos 10 bebês internados' (We have 10 babies hospitalized today). The form itself is titled 'Incluir Profissional' and contains the following fields and options:

- Name:** A text input field.
- e-mail:** A text input field.
- Senha:** A text input field.
- Confirmar senha:** A text input field for password confirmation.
- Sexo:** Radio buttons for 'Masculino' (Male) and 'Feminino' (Female).
- Situação:** Radio buttons for 'Ativo' (Active) and 'Inativo' (Inactive).
- Telefone:** A text input field.
- COREN:** A text input field for the professional's registration number.

At the bottom right of the form area, there are three buttons: 'Cancelar' (Cancel), 'Limpar' (Clear), and 'Salvar' (Save).

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

**Figura 9** - Tela Alterar profissional

The screenshot displays the 'Alterar Profissional' (Change Professional) form within the SENFNEO system. The interface includes a navigation bar with 'Administrativo' and 'Pacientes' tabs, and a user profile for 'Rosiane Rosa'. The form fields are as follows:

Nome:		Sexo:	Situação
<input type="text" value="Rosiane Rosa"/>		<input type="radio"/> Masculino <input checked="" type="radio"/> Feminino	<input checked="" type="radio"/> Ativo <input type="radio"/> Inativo
e-mail:		Telefone:	
<input type="text" value="rosirasa@maternidade.com.br"/>		<input type="text" value="(48) 1234-5678"/>	
Senha:	Confirmar senha:	COREN:	
<input type="password" value="*****"/>	<input type="password" value="*****"/>	<input type="text" value="SC 123456"/>	

Buttons for 'Cancelar', 'Limpar', and 'Salvar' are located at the top right of the form area. A notification at the top right states 'Hoje temos 10 bebês internados'.

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

No módulo de inclusão e alteração dos profissionais (FIGURA 8 e 9), consta um espaço para nome, um para email, telefone, senha e confirmar senha e uma área para o registro de seu número junto ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Além da opção sobre sexo e situação na Instituição.

A partir da Figura 9, todas as telas são referentes ao PE do RN na unidade neonatal.

**Figura 10 - Tela Consultar diagnóstico**

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal

ROSIANE ROSA  
Alterar dados Sair

Administrativo Pacientes Hoje temos 10 bebês internados

Consultar Diagnóstico + Incluir diagnóstico

Pesquisar OK

Descrição	Alterar	Excluir
01 - Risco de comportamento desorganizado do lactente relacionado à prematuridade Total de prescrições: 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a extremos de idade Total de prescrições: 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Padrão respiratório ineficaz caracterizado por pressão respiratória anormal relacionado a imaturidade neurológica Total de prescrições: 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Risco de vínculo prejudicado relacionado à prematuridade Total de prescrições: 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo Total de prescrições: 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração relacionado a prematuridade Total de prescrições: 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Na tela consultar diagnóstico aparece todos os diagnósticos cadastrados até o momento, totalizando seis (FIGURA 10). A equipe de enfermeiras decidiu em reunião, inicialmente, construir os diagnósticos mais prevalentes na Unidade Neonatal devido ao tempo para desenvolvimento da pesquisa. Esses diagnósticos são baseados na Taxonomia da NANDA (2015). Os diagnósticos cadastrados são: risco de comportamento desorganizado do lactente relacionado à prematuridade, risco de integridade da pele prejudicada relacionado a extremos de idade, padrão respiratório ineficaz caracterizado por pressão respiratória anormal relacionado a imaturidade neurológica, risco de vínculo prejudicado relacionado à prematuridade, risco de infecção relacionado a procedimento invasivo e padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração relacionado a prematuridade.

Figura 11 - Tela Incluir diagnóstico

The screenshot shows a web application interface for 'SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal'. At the top, there is a navigation bar with a search bar and a user profile for 'Rosiane Rosa' with options to 'Alterar dados' and 'Sair'. Below this is a menu with 'Administrativo' and 'Pacientes' tabs. The main content area is titled 'Incluir Diagnóstico' and contains a form with two input fields: 'Código:' with the value '07' and 'Descrição:' with the value 'Informar diagnóstico'. To the right of the form are buttons for 'Cancelar', 'Limpar', and 'Salvar'. Below the form is a section titled 'Prescrições vinculadas' with a '+ Vincular prescrição' button and a large empty text area for listing related prescriptions.

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

**Figura 12 - Tela Vincular prescrição**

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal

Administrativo Pacientes

Hoje temos 10 bebês internados

Incluir Diagnóstico

Cancelar Limpar Solvar

Código: Descrição:

07 Vincular prescrição ao diagnóstico

Diagnóstico

07 - Informar diagnóstico

Prescrições vinculadas

Vincular prescrição

- 001 - Administrar a dieta por gavagem lentamente
- 002 - Aguardar os cuidados
- 003 - Alocar os prematuros com menos de 32 semanas de gestação do RN longe de janelas que recebam luz solar direta
- 004 - Anotar a duração da amamentação à pega e a sucção
- 005 - Auxiliar a mãe durante a amamentação
- 006 - Avaliar a dor através da escala de NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) e agitação de 3/3h.
- 007 - Colocar coberto de tecido escuro na incubadora ou berço aquecido quando houver necessidade de fototerapia
- 008 - Colocar próximo ao nariz do neonato o feijãozinho que tenha sido colocado em contato com a pele da mãe
- 009 - Dar contenção ao RN, propiciando postura funcional
- 010 - Diminuir um pouco a iluminação nos momentos em que o pré-termo estiver acordado para facilitar a abertura dos olhos, o que propiciará a atenção dos pais ao filho em lugar dos equipamentos, alarmes e outros pacientes.
- 012 - Encorajar os pais a verbalizar suas preocupações e sentimentos
- 013 - Entalar e aminhar o RN utilizando ninho
- 014 - Envolver os pais nos cuidados desde as primeiras visitas

Adicionar selecionadas Cancelar

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Na tela para incluir um diagnóstico (FIGURA 11) tem um espaço para descrição do mesmo e outro para vincular as prescrições de enfermagem (FIGURA 12). Em cima da tela há um ícone para clicar em vincular prescrição, onde aparece todas prescrições já cadastradas.

Figura 13 - Tela Alterar diagnóstico

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal

SENFNEO

Rosiane Rosa  
Alterar dados

Administrativo Pacientes

Hoje temos 10 bebês internados

Cancelar Limpar Salvar

Alterar Diagnóstico

Código: Descrição:

01 Risco de comportamento desorganizado do lactente relacionado à prematuridade

Prescrições vinculadas

Total: 20 prescrições

Vincular prescrição

003 Alocar os prematuros com menos de 32 semanas de gestação do RN longe de janelas que recebam luz solar direta

007 Colocar coberto de tecido escuro na incubadora ou berço aquecido quando houver necessidade de fototerapia

008 Colocar próximo ao nariz do neonato o feijãozinho que tenha sido colocado em contato com a pele da mãe

009 Dar contenção ao RN, propiciando postura funcional

010 Diminuir um pouco a iluminação nos momentos em que o pré-termo estiver acordado para facilitar a abertura dos olhos, o que propicia melhor interação com os pais

013 Enrolar e aninhar o RN utilizando ninho

016 Evitar anotações no prontuário em cima da incubadora

017 Evitar conversas perto da incubadora

019 Fechar as portas e gavetas das incubadoras e berços aquecidos gentilmente, evitar batê-los ou fechá-los rapidamente

026 Manter a incubadora parcialmente coberta após 32 semanas de gestação para promover a estimulação visual e o desenvolvimento da retina

031 Manter o ambiente calmo, nos casos de emergência atender o RN de forma organizada

039 Não colocar equipamentos como monitores e bombas de infusão de seringas em cima da incubadora

045 Orientar os pais a falar com os filhos e lerem história para eles com voz suave

047 Procurar utilizar foco de luz individual para cada paciente e evitar usar a luz principal

052 Realizar contato pele a pele precoce utilizando a posição canguru

058 Realizar os procedimentos no RN em dupla

060 Reduzir a luminosidade por um período de descanso, de preferência no período noturno, para promover ciclo dia/noite

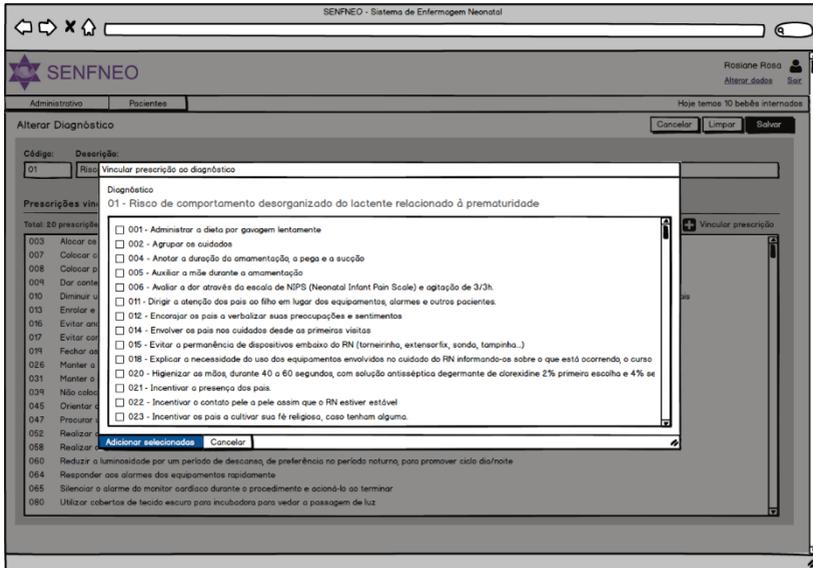
064 Responder aos alarmes dos equipamentos rapidamente

065 Silenciar o alarme do monitor cardíaco durante o procedimento e acioná-lo ao terminar

080 Utilizar cobertos de tecido escuro para incubadora para vedar a passagem de luz

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

**Figura 14 - Tela Vincular prescrição**



Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

A tela de alteração de diagnóstico mostra toda descrição do diagnóstico com suas prescrições cadastradas (FIGURA 13). É possível alterar o diagnóstico e excluir prescrições ou vincular mais prescrições clicando no ícone que aparece do lado esquerdo da tela (FIGURA 14).

Como para cada um dos seis diagnósticos, o grupo de enfermeiras formulou diferentes prescrições de enfermagem, a seguir apresentaremos um quadro contendo todos os diagnósticos e as prescrições vinculadas com a justificativa.

**Quadro 3 - Diagnósticos, Prescrições de Enfermagem e Justificativas, MCD, 2016**

<b>RISCO DE COMPORTAMENTO DESORGANIZADO DO LACTENTE RELACIONADO À PREMATURIDADE</b>	
<b>Prescrição de Enfermagem</b>	<b>Justificativa</b>
<p><b>Ruídos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Silenciar o alarme do monitor cardíaco durante o procedimento e acioná-lo ao terminar.</li> <li>- Responder aos alarmes dos equipamentos rapidamente.</li> <li>- Evitar conversas perto da incubadora.</li> <li>- Não colocar equipamentos como monitores e bombas de infusão de seringas em cima da incubadora.</li> <li>- Fechar as portas e gavetas das incubadoras e berços aquecidos gentilmente; evitar batê-las ou fechá-las rapidamente.</li> <li>- Manter o ambiente calmo, nos casos de emergência atender o RN de forma organizada.</li> <li>- Evitar anotações no prontuário em cima da incubadora.</li> </ul>	<p>O som dentro da UTI neonatal não deve ultrapassar 60 decibéis, visto que sons acima desse valor tem sido associado a potencialização de medicamentos ototóxicos, colaborando para a perda da audição nos pré-termos. O ruído excessivo interfere no repouso e sono do neonato, resultando em fadiga, agitação, irritabilidade e choro, que podem causar aumento da pressão vascular intracraniana, multiplicando os riscos de hemorragia intraventricular, intensificando o consumo de oxigênio e aumentando a frequência cardíaca, o que resulta em maior consumo calórico e ganho de peso lento, que intensificam a percepção da dor, bradicardia e apneia (TAMEZ, SILVA, 2013; BRASIL, 2011a).</p>
<p><b>Iluminação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir a luminosidade por um período de descanso, de preferência no período noturno, para promover ciclo dia/noite.</li> <li>- Utilizar cobertas de tecido escuro para incubadora para vedar a passagem de luz.</li> <li>- Procurar utilizar foco de luz individual para cada RN e evitar usar a luz principal.</li> <li>- Colocar coberta de tecido escuro na incubadora ou berço aquecido quando houver necessidade de fototerapia.</li> <li>- Manter a incubadora parcialmente coberta após 32 semanas de gestação</li> </ul>	<p>O sistema visual do RN é o último a se desenvolver. O sistema visual se desenvolve intensamente entre a 23ª e a 30ª semana de gestação, quando muitos prematuros extremos já se encontram internados na UTI Neonatal. A exposição a iluminação continua na UTI está associada a alterações comportamentais e estados de organização, ritmo biológico e circadianos endógenos, além da diminuição da oxigenação. A redução da luminosidade para o prematuro produz mais estabilidade do sistema respiratório e reduz a frequência cardíaca, a pressão arterial e a</p>

<p>para promover a estimulação visual e o desenvolvimento da retina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alocar os prematuros com menos de 32 semanas de gestação do RN longe de janelas que recebam luz solar direta.</li> </ul>	<p>atividade motora (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>Inserção dos pais no ambiente neonatal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir um pouco a iluminação nos momentos em que o pré-termo estiver acordado para facilitar a abertura dos olhos, o que propicia melhor interação com os pais.</li> <li>- Colocar próximo ao nariz do neonato o feijãozinho que tenha sido colocado em contato com a pele da mãe.</li> <li>- Orientar os pais a falar com os filhos e lerem história para eles com voz suave.</li> </ul>	<p>Acalma o pré-termo enfermo e propicia a participação efetiva dos pais no cuidado e bem-estar do RN (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>Contenção</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar contenção ao RN, propiciando postura funcional</li> <li>- Enrolar e aninhar o RN utilizando ninho</li> <li>- Realizar contato pele a pele precoce utilizando a posição canguru</li> <li>- Realizar os procedimentos no RN em dupla</li> </ul>	<p>O cuidado postural favorece e mantém o conforto do bebê, além de melhorar o sono, a interação com os cuidadores e conservar a energia. O enrolamento propicia melhora no tônus, na postura e nas respostas comportamentais do RN. O contato pele a pele fornece um equilíbrio entre os sistemas tátil e proprioceptivo e os sistemas visual e auditivo do RN, além de ajudar no desenvolvimento do vínculo e na amamentação exclusiva. Durante a realização de procedimentos é necessário ser dois profissionais, sendo que uma pessoa realize suporte contínuo no RN para diminuir os estímulos estressantes (BRASIL, 2011a; CORDEIRO; COSTA, 2014; VIEIRA, 2014; SANTOS, 2014).</p>
<p><b>RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA RELACIONADO A EXTREMOS DE IDADE</b></p>	
<p><b>Prescrição de Enfermagem</b></p>	<p><b>Justificativa</b></p>
<p><b>Avaliação da pele</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar e comunicar ao enfermeiro as condições da pele do</li> </ul>	<p>A avaliação da pele permite detectar sua maturidade, auxiliando na</p>

RN na admissão e uma vez a cada plantão	prevenção de problemas por meio de ações preventivas (TAMEZ; SILVA, 2013).
<p><b>Limpeza na pele</b></p> <p>- Manter vérnix caseoso na pele do RN.</p> <p>- Realizar o banho no neonato &gt;1000g quando a temperatura estiver estável na 2<sup>a</sup>, 4<sup>o</sup> e 6<sup>a</sup> feira.</p> <p>- Realizar higiene íntima com água morna estéril nos RN &lt;1000g e/ ou &lt;30 semanas de gestação.</p> <p>- Utilizar a técnica de enrolamento para o banho de banheira.</p> <p>- Realizar higiene íntima do RN que estiver com dispositivo venoso periférico ou central.</p> <p>- Trocar as fraldas quando necessário, limpar a região perineal somente com algodão umedecido com água morna.</p>	<p>O vérnix é produzido por células epidérmicas e secreções sebáceas, composto de água, restos cutâneos e razoável quantidade de estrógeno. Sendo importante na proteção contra lesões e bactérias (FONTENELE; CARDOSO, 2011).</p> <p>Nos pré-termos &lt;1000g não deverá ser usado sabão, por provocar alterações químicas na pele, como ressecamento, descamações e perda da integridade, servindo de porta de entrada para bactérias e fungos. A água da torneira poderá transmitir Pseudomonas. O banho de banheira é benéfico para o RN provocando menos instabilidade térmica, menos irritabilidade, e mais organização comportamental. O banho do RN com dispositivo venoso periférico ou central deverá ser no leito, a fim evitar que o curativo molhe, suje ou perca a sua integridade, com o intuito de evitar infecção da corrente sanguínea (TAMEZ; SILVA, 2013; BRASIL, 2010; CABALLERO, 2008; MATERNIDADE CARMELA DUTRA, 2012).</p> <p>O uso de produtos químicos na região perineal pode causar irritação. Evitar levantar as pernas do neonato pré-termo acima do nível do tórax, pois pode causar aumento da pressão intracraniana. Colocar o neonato lateralmente e proceder a limpeza da parte posterior (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>Prevenção de lesão química</b></p> <p>- Remover o excesso de antisséptico que ficou sobre a pele do RN imediatamente após o procedimento,</p>	Devido a imaturidade das camadas da pele pode ocorrer irritação ou queimaduras, principalmente nos

<p>limpando a área com SF 0,9% morno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar clorexidina aquosa 1% em RN &lt;1000g e/ou &lt; 30 semanas ao realizar procedimento invasivo.</li> <li>- Monitorar o local da punção cuidadosamente observando sinais flogísticos e aspecto do curativo.</li> <li>- Usar o mínimo de fita adesiva possível para fixar o cateter intravenoso.</li> <li>- Usar fita adesiva somente o necessário.</li> <li>- Remover os adesivos cuidadosamente; usar algodão embebido em água destilada ou óleo mineral para facilitar sua remoção.</li> </ul>	<p>prematuros extremos (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Em RNPT extremo, deve-se usar clorexidina aquosa para assepsia a fim de prevenir queimaduras químicas (BRASIL, 2013).</p> <p>Dependendo da substância que extravasou e do tempo, pode ocorrer necrose do tecido, com ruptura da camada superficial e comprometimento do tecido subcutâneo (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Se o local da punção estiver com excesso de adesivo, isso dificultará a observação do local no caso de infiltração. Usar, de preferência, curativos transparentes caso seja necessário (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Quando se removem as fitas adesivas, também se remove a parte externa da epiderme. Isso ocorre porque a epiderme e a derme no RN, principalmente no prematuro, não estão bem conectadas e aderidas uma a outra (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>O uso de gaze ou algodão embebido em água destilada ou óleo mineral facilita a retirada de adesivos, reduzindo o risco de lesão na pele (ROLIM <i>et al.</i>, 2009).</p>
<p><b>Prevenção da perda insensível de água</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter RN &lt;1600g em incubadora.</li> <li>- Utilizar incubadora umidificada para RN com IG &lt;32 semanas e com peso inferior a 1500 gramas.</li> </ul>	<p>O berço de calor irradiante aumenta a perda de água através da epiderme (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>O uso de ambiente umidificado diminui a perda insensível de água, não sendo necessário aumento da infusão hídrica (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter umidade relativa por 4 semanas, com seguintes valores: 1ª semana: 80%</li> <li>2ª semana: 70%</li> <li>3ª semana: 60%</li> <li>4ª semana: 50%</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter a temperatura do RN de 36,5°C a 37,5°C.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar rodizio do sensor de oximetria de 3/3h.</li> </ul>	<p>Durante a primeira semana de vida, deve-se fornecer umidade em níveis superiores a 70%, pois a perda de água transepidermica diminui em 50% em RN de muito baixo peso. Após deve-se diminuir gradativamente para 50% até o RN completar 28 dias de vida (AWHONN, 2013).</p> <p>A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como sendo normal a temperatura dos RN, entre os valores de 36,5°C a 37,5°C (OMS, 1997).</p> <p>Quando a temperatura corporal se eleva, ocorre aumento da evaporação de água através da pele devido à vasodilatação periférica (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>Prevenção de lesões por pressão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas de acordo com a estabilidade do RN.</li> <li>- Evitar a permanência de dispositivos embaixo do RN (torneirinha, extensorfix, sonda, tampinha...).</li> <li>- Utilizar colchão piramidal em RN que apresente imobilidade.</li> </ul>	<p>A pressão prolongada do peso corporal diminui a circulação local e propicia a lesão da epiderme, causando muitas vezes necrose local (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CARACTERIZADO POR PRESSÃO RESPIRATÓRIA ANORMAL RELACIONADO A IMATURIDADE NEUROLÓGICA</b></p>	
<p><b>Prescrição de Enfermagem</b></p>	<p><b>Justificativa</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar as mudanças e o aumento do trabalho respiratório, além de cianose, FC, retrações, gemido respiratório, batimento de asa do nariz e comunicar ao enfermeiro.</li> <li>- Manter as vias respiratórias superiores desobstruídas, realizando a aspiração quando necessário.</li> </ul>	<p>Mudanças no padrão respiratório podem indicar sinais de agravamento da doença respiratória (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>A obstrução das vias respiratórias superiores promove aumento do esforço respiratório, comprometendo a oxigenação (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>

<p>- Manter a temperatura do RN entre 36,5°C a 37,5°C.</p> <p>- Agrupar os cuidados.</p> <p>- Avaliar a dor através da escala de NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) e agitação de 3/3h. Realizando métodos não farmacológicos e/ou métodos farmacológicos quando necessário.</p> <p>- Verificar os sinais vitais a cada 3h e quando necessário.</p>	<p>A estabilidade do ambiente térmico neutro promove conservação calórica, além de diminuir a demanda de oxigênio, fator importante para o RN com comprometimento do sistema respiratório (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>O manuseio constante do RN instável causa agitação e aumenta a irritabilidade e o desconforto causando elevação do consumo de oxigênio. A agitação também interfere no ganho de peso adequado pelo consumo maior de calorias (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>A dor interfere na oxigenação e ventilação, além de causar outras alterações fisiológicas que afetam a estabilidade cardiorrespiratória (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Alterações dos sinais vitais podem indicar piora do quadro respiratório e comprometimento de outros sistemas (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>Aspiração cânula endotraqueal</b></p> <p>- Realizar aspiração da cânula endotraqueal quando necessário evitando usar água destilada ou solução salina para remoção das secreções.</p> <p>- Realizar aspiração da cavidade oral após a aspiração endotraqueal.</p>	<p>O uso de água destilada ou solução salina aumenta a contaminação, principalmente nas partes mais distais do pulmão. Além de induzir bradicardia, também causa irritação na traquéia, pois a água destilada e a solução fisiológica atua como corpo estranho. Somente 20% da solução salina instilada durante a aspiração são retirados com a aspiração (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Evita o acúmulo de secreções orais (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>Halo</b></p> <p>- Manter o RN posicionado adequadamente dentro do halo,</p>	<p>As aberturas ao redor do pescoço permitem a saída de CO<sub>2</sub> (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>

<p>mantendo livre o espaço entre o pescoço e o capacete.</p> <p>- Trocar água do nebulizador a cada 24h.</p>	<p>Previne a colonização de bactérias hidrofílicas, evitando infecção (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>Cpap nasal</b></p> <p>- Manter a cânula nasal do CPAP segura e corretamente posicionada nas narinas.</p> <p>- Proteger as narinas sob a pronga com hidrocolóide no septo nasal.</p> <p>- Observar a pele ao redor do dispositivo nasal e de fixação.</p> <p>- Manter a sonda orogástrica aberta no RN quando em uso de CPAP.</p>	<p>O dispositivo nasal é de fácil deslocamento, levando ao escape de ar e redução da pressão no CPAP, dificultando a oxigenação adequada (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>O uso de um pedaço de hidrocolóide fino deve ser usado sobre a pele formando uma barreira entre a pele e o dispositivo (MARTINS; TAPIA, 2009).</p> <p>A manutenção do dispositivo bem ajustado às narinas e ao rosto, sem pressão excessiva, evita lesões da pele (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>É comum a distensão abdominal durante o CPAP em decorrência da entrada de ar no estômago, manter a sonda aberta promove a decompressão com redução da distensão e desconforto, facilitando a expansão torácica. Se o RN estiver sendo alimentado, abrir a sonda 1 hora após a dieta, deixar aberta e elevada acima do nível da cabeça até a alimentação seguinte (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>Ventilador convencional</b></p> <p>- Trocar a água do umidificador e o recipiente a cada 24horas, e o circuito do ventilador a cada 48horas.</p> <p>- Manter o circuito do ventilador livre de condensação de água.</p>	<p>Previne infecções (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Além de provocar ruído incômodo para o RN, a água no circuito pode interferir na ventilação, correndo-se o</p>

<p>- Verificar a fixação da cânula endotraqueal com frequência.</p>	<p>risco de ser introduzida no tubo acidentalmente (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Verificar se a cânula está bem fixada pode evitar que o RN se extube por acidente (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p><b>RISCO DE VÍNCULO PREJUDICADO RELACIONADO À PREMATURIDADE</b></p>	
<p><b>Prescrição de Enfermagem</b></p>	<p><b>Justificativa</b></p>
<p>- Encorajar os pais a verbalizar suas preocupações e sentimentos.</p> <p>- Responder às perguntas dos pais.</p> <p>- Explicar a necessidade do uso dos equipamentos envolvidos no cuidado do RN informando-os sobre o que está ocorrendo, o curso da doença e o plano de tratamento.</p> <p>- Mostrar aos pais gestos e gostos do RN, bem como certo comportamento peculiar quando dorme ou está desperto que os diferencia dos demais.</p> <p>- Incentivar a presença dos pais.</p>	<p>Para os pais com estado emocional alterados, é difícil lembrar e assimilar todas as informações recebidas. O estresse diminui a capacidade de aprendizagem, fazendo-se necessária a repetição das informações. O profissional deve estar atento demonstrando-se amável mesmo que tenha que responder à mesma pergunta várias vezes (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Informar claramente sobre o que está ocorrendo e o plano de tratamento traz segurança e ajuda a diminuir o estresse, fazendo com que os pais se sintam parte do tratamento (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Promove a interação e reciprocidade entre pais e filho, facilitando a aproximação, e dá um novo significado às horas de visita que passam com o bebê (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>A presença frequente ajuda a promover a afeição dos pais pelo filho, além de incentivar a participar da recuperação do bebê. É importante enfatizar os aspectos positivos que traz a visita dos pais (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>

<p>- Incentivar os pais a tocarem o RN e mostrar a maneira de fazê-lo sem aumentar o estresse do RN.</p>	<p>O toque faz parte do mecanismo de apego e deve ser incentivado de acordo com as condições do RN. Normalmente, o toque firme na cabeça e no dorso do RN é bem aceito e o acalma (TAMEZ; SILVA, 2013; BRASIL, 2011a).</p>
<p>- Envolver os pais nos cuidados desde as primeiras visitas.</p>	<p>Os pais devem ser envolvidos nos cuidados com RN ficando gradualmente mais próximos de seu bebê, assim iniciando vínculo mãe-RN-pai (BRASIL, 2011a).</p>
<p>- Incentivar o contato pele a pele assim que o RN estiver estável.</p>	<p>Promove a aproximação e proporciona um senso de participação que os identifica no papel de pais, dando também um significado importante às visitas. O contato pele a pele auxilia no desenvolvimento da afeição e apego materno ao filho (TAMEZ; SILVA, 2013; BRASIL, 2011a).</p>
<p>- Oferecer um feijãozinho para a mãe colocar entre os seios por um período de 3 a 6 horas e após entregar para o RN.</p>	<p>O feto apresenta respostas a odores a partir da 29ª semana a 32ª semana de gestação. A exposição a cheiros agradáveis como colostro e baunilha, estimula o acordar e a sucção do bebê, e favorece a oxigenação na área olfativa do cérebro. Já o RN a termo identifica a mãe através do cheiro do leite materno nas primeiras 48 horas de vida (BRASIL, 2011a).</p>
<p>- Dirigir a atenção dos pais ao filho em lugar dos equipamentos, alarmes e outros RN.</p>	<p>É importante uma equipe de enfermagem atenta e presente durante a visita dos pais. Mostrar-se disponível para responder perguntas e ouvir as preocupações deles (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
<p>- Incentivar os pais a cultivar sua fé religiosa, caso tenham alguma.</p>	<p>A religiosidade, quando desenvolvida, dá esperança e diminui a ansiedade, muitas vezes relacionada com o futuro, que é desconhecido (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>

<b>RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A PROCEDIMENTO INVASIVO</b>	
<b>Prescrição de Enfermagem</b>	<b>Justificativa</b>
<p>- Higienizar as mãos, durante 40 a 60 segundos, com solução antisséptica degermante de clorexidina 2% primeira escolha e 4% segunda escolha.</p> <p>- Utilizar luvas não estéreis para a inserção do cateter venoso periférico.</p> <p>- Utilizar barreira máxima (gorro, máscara, óculos, luva e avental estéril) para a realização de procedimentos invasivos.</p> <p>- Usar colostroterapia para RN abaixo de 34 semanas a cada 3 horas.</p>	<p>A equipe de saúde executa suas atividades através das suas mãos, e a segurança do RN é mantida quando ocorre a higienização das mãos rotineiramente (BRASIL, 2009). A lavagem das mãos é a medida preventiva mais importante contra infecção (BRASIL, 2011b), reduz as taxas de indicadores de infecção de corrente sanguínea (CDC, 2011). A higienização das mãos antecedendo o preparo do material resulta em uma TI (terapia intravenosa) segura (ALVES; MACHADO; MARTINS, 2013). O uso de solução antisséptica é recomendado antes da realização de procedimentos invasivos (AETSA, 2014; CABALLERO, 2008; BRASIL, 2009; ALVES, MACHADO, MARTINS, 2013). A solução antisséptica degermante de Gluconato de clorexidina apresenta ação bactericida para cocos gram-positivos e bacilos gram-negativos, ação antiviral para vírus lipofílicos (influenza, citomegalovírus, herpes, HIV) e ação fungicida (BRASIL, 2011b).</p> <p>Usar Equipamento de Proteção Individual na realização do procedimento minimiza risco para a saúde do trabalhador (BRASIL, 2010; CABALLERO, 2013). Diminui o risco de infecção (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Em sua composição o colostro apresenta imunoglobulinas e citocinas e oligosacarídeos, estes são capazes de diminuir o risco de infecção causados por fungos, bactérias e vírus (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>

<p>- Trocar a sonda gástrica até 7 dias.</p> <p>- Trocar o curativo (película) a cada sete dias ou imediatamente na presença de sujidade, ou suspeita de contaminação e quando úmida ou solta.</p> <p>- Observar o sítio de inserção do cateter a cada manipulação e comunicar alterações a enfermeira.</p> <p>- Realizar desinfecção das conexões, injetor lateral e hub a cada manipulação antes de serem acessados.</p> <p>- Trocar as cânulas (torneirinhas) e os conectores imediatamente quando houver presença de coágulos, e a cada 72 horas caso permaneçam íntegras, já os extensores deverão ser trocados cada 12 horas e os protetores de cone (tampinhas) a cada manipulação.</p>	<p>Previne infecção (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Previne infecção (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Os cateteres em neonatologia devem permanecer até o final da terapia, sendo retirado somente em casos de flebite ou extravasamento. A observação do sítio de inserção do dispositivo é uma importante medida na redução do risco de infecção da corrente sanguínea (CDC, 2011; BRASIL, 2010).</p> <p>Durante o manuseio do acesso vascular é necessário que a equipe de saúde adote medidas e técnicas assépticas para evitar infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter (MATERNIDADE CARMELA DUTRA, 2012; MENDONÇA <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>É importante que a equipe identifique a data da troca das conexões a fim de obter um planejamento para que o sistema tenha a troca no tempo adequado e evite infecções (CDC, 2011; BRASIL, 2010).</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE CARACTERIZADO POR INCAPACIDADE DE COORDENAR A SUCÇÃO, A DEGLUTIÇÃO E A RESPIRAÇÃO RELACIONADO A PREMATURIDADE</b></p>	
<p><b>Prescrição de Enfermagem</b></p>	<p><b>Justificativa</b></p>
<p>- Verificar ruídos hidroaéreos, distensão ou alças intestinais palpáveis ou visíveis e comunicar alterações a enfermeira</p>	<p>Para detectar possíveis sinais de intolerância alimentar (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar o resíduo gástrico e comunicar a enfermeira se tiver cor esverdeada ou for sanguinolento.</li>   <li>- Administrar a dieta por gavagem lentamente.</li>   <li>- Orientar precocemente às mães para que iniciem a ordenha do leite.</li>   <li>- Auxiliar a mãe durante a amamentação.</li>   <li>- Anotar a duração da amamentação, a pega e a sucção.</li>   <li>- Realizar a técnica de translactação quando necessário.</li>   <li>- Trocar o equipo de bomba de infusão a cada 12 horas em caso de nutrição enteral contínua e o frasco da dieta a cada 3 horas.</li> </ul>	<p>A verificação do resíduo antes da gavagem assegura a localização da sonda. A característica e a cor podem indicar que o leite não está sendo digerido propriamente, ou está ocorrendo diminuição da mobilidade gastrointestinal (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>Administração rápida do leite pode causar vômito do conteúdo gástrico e risco de aspiração (TAMEZ; SILVA, 2013).</p> <p>A iniciação da estimulação da lactação nas primeiras 6 a 8 horas após o parto incentiva a secreção da prolactina, crítica no estabelecimento de fornecimento de leite materno (BRASIL, 2011a).</p> <p>A mãe deve se sentir segura durante o processo de amamentação para o sucesso do aleitamento materno (BRASIL, 2011a).</p> <p>Deve-se realizar anotações sobre a amamentação para intervir quando necessário, auxiliando a mãe e o bebê.</p> <p>A técnica de translactação incentiva ao aleitamento materno, promovendo experiência precoce de sucção, antes mesmo da retirada da sonda (BRASIL, 2011a).</p> <p>Previne infecções (TAMEZ; SILVA, 2013).</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Dados da pesquisa 2016

**Figura 15** - Tela Consultar prescrição

The screenshot displays the 'Consultar Prescrição' (Consult Prescription) screen in the SENFNEO system. At the top, there is a navigation bar with 'Administrativo' and 'Pacientes' tabs. The main content area features a search bar with the text 'Pesquisar' and an 'OK' button. To the right of the search bar is a '+ Incluir prescrição' button. Below the search bar is a table listing various prescription items. Each item has a 'Descrição' column and two action columns: 'Alterar' and 'Excluir', each with a checkbox.

Descrição	Alterar	Excluir
001 - Administrar a dieta por gavagem lentamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
002 - Agrupar os cuidados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
003 - Alocar os prematuros com menos de 32 semanas de gestação do RN longe de janelas que recebem luz solar direta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
004 - Anotar a duração da amamentação, o pega e a sucção	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
005 - Auxiliar a mãe durante a amamentação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
006 - Avaliar a dor através da escala de NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) e agitação de 3/3h.006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
007 - Colocar coberta de tecido escuro na incubadora ou berço aquecido quando houver necessidade de fototerapia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
008 - Colocar próximo ao nariz do neonato o feijãozinho que tenha sido colocado em contato com a pele da mãe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
009 - Dar contenção ao RN, propiciando postura funcional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
010 - Diminuir um pouco a iluminação nos momentos em que o pré-termo estiver acordado para facilitar a abertura dos olhos, o que propicia melhor interação com os pais	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

**Figura 16** - Tela Alterar prescrição

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal

Administrativo Pacientes

Alterar Prescrição

Cancelar Limpar Solvar

Hoje temos 10 bebês internados

Rosiane Rosa  
Alterar dados Sair

Código: Descrição:

001 Administrar a dieta por gavagem lentamente

Determinar horários da prescrição

Vincular à diagnósticos

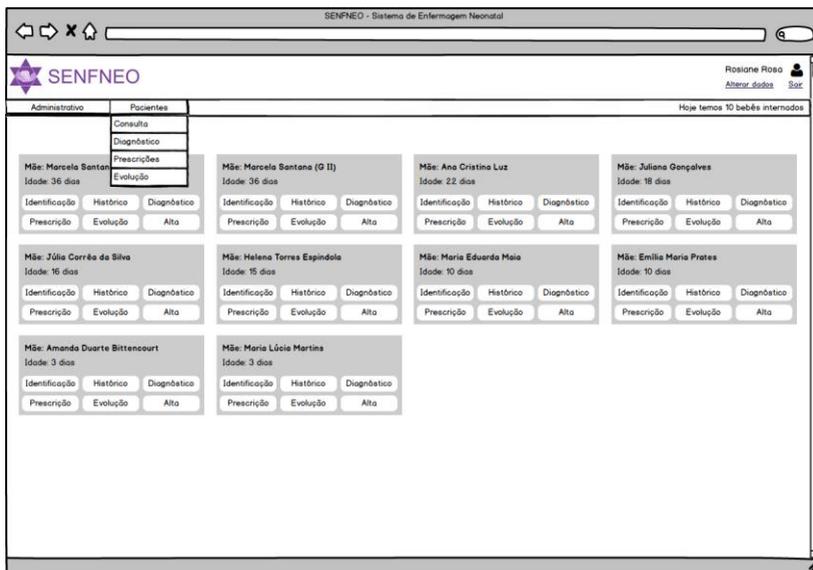
Prescrição padrão vincular à todos os diagnósticos

06 Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração relacionado a prematuridade

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

O módulo consultar prescrição destina-se a pesquisa acerca dos cuidados de enfermagem. Na tela estão todas as prescrições cadastradas, e tem um ícone do lado de cada prescrição para excluir ou alterar (FIGURA 15). Na tela alterar prescrição tem um espaço para descrição da prescrição e para vincular ao diagnóstico (FIGURA 16).

**Figura 17 - Tela Menu paciente**



Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

O menu pacientes contém quatro abas que são: consulta, diagnóstico, prescrições e evolução (FIGURA 17). Todos os usuários cadastrados terão acesso a esse menu e poderão inserir os RN e realizar todas as etapas do PE.

**Figura 18** - Tela Consultar pacientes

The screenshot displays the 'Consultar Pacientes' (Consult Patients) screen in the SENFNEO system. At the top, there is a navigation bar with 'Administrativo' and 'Pacientes' tabs. A search bar contains the text 'Pesquisar' and an 'OK' button. Below the search bar is a table with the following columns: 'Recém-nascido de', 'Nascimento', 'Identificação', 'Histórico', 'Diagnóstico', 'Prescrições', 'Evolução', 'Alta', and 'Excluir'. The table lists seven patients with their respective birth dates and icons for each column. A status bar at the bottom indicates 'Hoje temos 10 bebês internados' and an 'Incluir paciente' button.

Recém-nascido de	Nascimento	Identificação	Histórico	Diagnóstico	Prescrições	Evolução	Alta	Excluir
Amanda Duarte Bittencourt	01/03/2016						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ana Cristina Luz	11/12/2015						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Emília Maria Protes	20/07/2015						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Helena Torres Espindola	09/09/2016						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Júlia Corrêa da Silva	09/09/2016						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Juliana Gonçalves	09/09/2016						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Helena Torres Espindola	09/09/2016						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Helena Torres Espindola	09/09/2016						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

O módulo consultar pacientes apresenta uma lista com o nome das mães dos RN, a data de nascimento, ícones da identificação, histórico, diagnóstico, prescrições, evolução e alta (FIGURA 18).

Figura 19 - Tela Incluir paciente

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal

Rotacione Riosq  
Alterar\_dados Sair

Administrativo Pacientes Hoje temos 10 bebês internados

Incluir Paciente Imprimir identificação Cancelar Limpar Salvar

I - Dados do RN

Nome:  Classificação:  Dados do Nascimento:

Sexo:  Masculino  Feminino RA:  Aparar:  Gemelar:  Peso:  Comprimento:

Nascimento:  Hora:  FC:  Caparrio:  Ballard:

Presença de malformações/síndromes:

Condições de chegada na NEQ:

II - Dados do Parto

Tipo de parto:  Normal  Cesariano Motivo:  Intercorrências:

III - Dados Maternos

Nome da mãe:  Doenças prévias?  Sim  Não Resultados sorológicos positivos:  Sífilis  Toxoplasmose  Rubéola  Hepatite  HIV Vícios:  Alcool  Fumo  Drogas ilícitas

Idade:  Estado Civil:  Doenças durante a gestação?  Sim  Não

Escolaridade:  Profissão:  Fez pré-natal?  Sim  Não Consultas:  Gestação planejada?  Sim  Não Tipo sanguíneo:

Endereço:  Gestações Anteriores: G  P  C  A  Amamentação anterior?  Sim  Não

Telefone:  Situação Familiar:  Teve outro bebê pré-termo?  Sim  Não

Teve outro bebê que precisou de UTI?  Sim  Não

IV - Dados paternos ou acompanhante

Nome:  Idade:  Profissão:  Acompanhou o pré-natal?  Sim  Não Acompanhou o parto?  Sim  Não  Apenas TP

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Na tela incluir pacientes, constam ícones para registrar os dados do RN, dados do parto, dados maternos e dados paternos ou acompanhante (FIGURA 19).

Figura 20 - Tela Histórico de enfermagem

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal

Rosiane Rosa  
Alterar dados Sair

Administrativo Pacientes Hoje temos 10 bebês internados

## Histórico

Recém-nascido de Amanda Duarte Bittencourt Idade: 10 dias

Imprimir histórico Cancelar Limpar Salvar

1 - Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas

1. Necessidades Psicológicas

Oxigênio

FR:  Características  Eupnéico  CPAP  Ar ambiente  
 Dispneico  IMV Nasal  Gemênico  
 Sat O<sub>2</sub>:   Taquipneico  VM  Bat. de oxetas nasais  
 Estertores  Oxido nítrico  Ret. de secreta ou terdício

Hidratação e Nutrição

Horário/local de 1ª mamada:  Força de sucção:

Paga na aurela:

Eliminações

Vesical:  Ausente  Presente Intestinal:  Ausente  Presente

Integridade Cutâneo-mucosa (Pele)

Textura:  Características  Vênix caseosa  Mancha mongólica  Milium  
 Coloração:   Eritema tóxico  Petéquias  Lanugo  
 Seleção:   Hemangioma  Tocotomatismo  Equimose

Integridade Física (Cabeça)

Buturas:  Normais  Cavalgadas Orelhas:  Simétricas  Assimétricas  
 Implantação Baixa

Fantasia Bregmática:  Tamanho:  Boto:  Palato íntegro  Lábios íntegros  
 Fenda labial  Fenda palatina

Fantasia lambideira:  Tamanho:  Nariz:  Narinas pérvias  
 Alterações:  Bossoseresangonolenta  Alteração:   
 Cefalohematoma

Local:

Pesagem:  Normal  Nódulos palpáveis  Ombos:  Simétricos  Secreção  
 Anormal  Movimento de rotação e flexão  Edema  Púrpulas fotorregentes  
 Hemorragias Conjuntivais

Integridade Física (Torax)

Clavículas:  Íntegras  Alteradas  Frias  Aquecidas  
 Alterações:   Pulso radial  Pulso braquial  
 Pulso pedioso  Sopro

Mamas:  Simétricas  Ingurgitamento Mamário  Conólicas  Sopro  
 Secreção  Mamilos extramamários  Pulso femoral

Aparelho cardiovascular:  Taquicardia  Bradicardia  Arritmia

Integridade Física (Abdômen)

Aparência:  Flácido  Tenso  Globoso  Coto umbilical  
 Distendido  Gastroquise  Coto com sangramento  
 2 artérias e 1 veia  Onfalocoele

Fígado:  Palpado  Não palpado

Integridade Física (Aparelho locomotor)

MMBS:  Normal  Anormal  Polidactília  Alterações  Sindactília  
 Defeito por redução do membro  Pé torto

MMH:  Normal  Anormal

Manobra de Ortalani:  Negativa  Positiva  Malformação congênita do quadril

Integridade Física (Coluna)

Íntegra  Melmeningocoele  Meningocoele  Espinha bifida

Integridade Física (Aparelho genital)

Secreções  Testículos Localizados  Edema  
 Genitália Ambígua  Criptorquidia

Integridade Física (Anus)

Perfurado  Imperfurado

Temperatura

HEV  NP  Antibioticoterapia  
 Kanakion  PVPi  Surfactante  
 Outros

2. Cuidados Realizados

Admissão na sala:  UTI  Incubadora  Monitorização  Catéter umbilical venoso  
 UCINco  Berço aquecido  Punção venosa  PICC  
 UCINco  Berço comum  Catéter umbilical arterial

Procedimento:  Sondagem nasogástrica  Sondagem orogástrica  Sondagem vesical

Exames realizados:  Raio-X  USG  ECO  
 Urina  Sangue

Observações:

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

O histórico de enfermagem será preenchido no momento da chegada do RN na unidade neonatal. Esta tela contém dados sobre os problemas relacionados as NHB, sendo divididos em necessidades psicobiológicas e cuidados realizados (FIGURA 20). Assim, são listados dados referentes a oxigenação, hidratação e nutrição, eliminações, integridade cutânea-mucosa, integridade física, regulações e terapêutica. Além dos cuidados realizados na admissão, procedimentos e exames, conforme modelo elaborado pelo grupo de enfermeiras da unidade neonatal (APÊNDICE F).

Figura 21 - Tela Diagnóstico

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal

Administrativo Pacientes Hoje temos 10 bebês internados

**Diagnóstico**  
Recém-nascido de Amanda Duarte Bittencourt Idade: 10 dias

Copiar último diagnóstico Incluir novo diagnóstico

Diagnósticos cadastrados Diagnóstico Alterar Excluir

Prescrições Gerais  
Total de 4 prescrições gerais

Diagnóstico  
Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração relacionado a prematuridade  
Total de 4 prescrições

Cadastrado em 15/07/2016 às 16:10 por Enfermeira Daniela Silveira

Prescrições Gerais  
Total de 4 prescrições gerais

Diagnóstico  
Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração relacionado a prematuridade  
Total de 4 prescrições

Padrão respiratório ineficaz caracterizado por pressão respiratória anormal relacionado a maturidade neurológica  
Total de 3 prescrições

Cadastrado em 14/07/2016 às 16:10 por Enfermeira Rosiane Rosa

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

**Figura 22 - Tela Incluir diagnóstico**

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal



Rosiane Rosa  
[Alterar dados](#) [Sair](#)

Administrativo
Pacientes
Hoje temos 10 bebês internados

### Diagnóstico

Recém-nascido de **Amanda Duarte Bittencourt** Idade: 10 dias

**Prescrições Gerais**

- Higienizar as mãos, durante 40 a 60 segundos, com solução antisséptica degermante de clorexidina 2% primeira escolha e 4% segunda escolha.
- Manter o ambiente calmo, nos casos de emergência atender o RN de forma organizada
- Realizar os procedimentos no RN em dupla
- Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas de acordo com a estabilidade do recém-nascido

**Diagnóstico**

**Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração relacionado a prematuridade**

**Prescrições**

- Administrar a dieta por gavagem lentamente
- Auxiliar a duração da amamentação, a pega e a sucção
- Auxiliar a mãe durante a amamentação
- Orientar precocemente às mães para que iniciem a ordenha do leite
- Realizar a técnica de translação quando necessário
- Trocar o equipo de bomba de infusão a cada 12 horas em caso de nutrição enteral contínua e o frasco da dieta a cada 3 horas (00:00, 04:00, 08:00, 12:00, 16:00, 20:00)
- Verificar o resíduo gástrico e comunicar o enfermeiro se tiver cor esverdeada ou far sangüolento
- Verificar ruídos hidroáereos, distensão ou alças intestinais palpáveis ou visíveis e comunicar alterações a enfermeiro

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Figura 23 - Tela Incluir diagnóstico e prescrição

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal

Rosiane Rosa  
Alterar dados Sair

Administrativo Pacientes Hoje temos 10 bebês internados

### Diagnóstico

Recém-nascido de Am...

Idade: 10 dias

Incluir diagnóstico

Diagnóstico  
Risco de infecção relacionado ao procedimento invasivo

Prescrições

Descrição	Informar
<input type="checkbox"/> Observar o sítio de inserção do cateter a cada manipulação e comunicar alterações a enfermeiro	
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção das conexões, injetar lateral e hub a cada manipulação antes de serem acessados	
<input type="checkbox"/> Trocar a sonda gástrica até 7 dias	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar as dornas (torneirinhas) e os conectores imediatamente quando houver presença de coágulos, e a cada 72 horas caso permaneçam íntegros, já os extensores deverão ser trocados cada 12 horas e os protetores de cone (tampinhos) a cada manipulação	
<input type="checkbox"/> Trocar o curativo (palição) a cada sete dias ou imediatamente na presença de sujidade, ou suspeita de contaminação e quando úmida ou solta	
<input checked="" type="checkbox"/> Usar colostrotropia para recém-nascidos abaixo de 34 semanas a cada 3 horas	
<input type="checkbox"/> Utilizar barreira máxima (gorra, máscara, óculos, luva e avental estéreis) para a realização de procedimentos invasivos	
<input type="checkbox"/> Utilizar luvas não estéreis para a inserção do cateter venoso periférico	

Horários

Confirmar diagnóstico Cancelar

Diagnóstico  
Iterar Excluir

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

**Figura 24** - Tela Incluir diagnóstico e prescrição

The screenshot displays the 'Incluir diagnóstico' (Include diagnosis) form within the SENFNEO system. The form is titled 'Incluir diagnóstico' and is for a 'Recem-nascido de Amã' (Newborn of Mother). The patient's name is 'Rosiane Rosa' and the age is 'Idade 10 dias'. The form includes a dropdown for 'Diagnóstico' (Diagnosis) with the selected option 'Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração relacionado a pre[...]'. Below this is a table for 'Prescrições' (Prescriptions) with columns for 'Ítem', 'Descrição', and 'Informar'. The table contains several items, with 'Traçar o equipo de bomba de infusão a cada 12 horas em caso de nutrição enteral contínua e o frasco da dieta a cada 3 horas' highlighted. At the bottom of the form, there is a 'Horários' (Schedules) section with input fields and a '+' button. The form has 'Confirmar diagnóstico' and 'Cancelar' buttons at the bottom.

Ítem	Descrição	Informar
<input checked="" type="checkbox"/>	Administrar a dieta por gavagem lentamente	
<input checked="" type="checkbox"/>	Anotar a duração da amamentação, o pega e a sucção	
<input type="checkbox"/>	Auxiliar a mãe durante a amamentação	
<input type="checkbox"/>	Orientar precocemente às mães para que iniciem a ordenha do leite	
<input checked="" type="checkbox"/>	Realizar a técnica de translação quando necessário	
<input checked="" type="checkbox"/>	Traçar o equipo de bomba de infusão a cada 12 horas em caso de nutrição enteral contínua e o frasco da dieta a cada 3 horas	
<input checked="" type="checkbox"/>	Verificar o resíduo gástrico e comunicar a enfermeira se tiver cor esverdeada ou for sanguinolento	
<input type="checkbox"/>	Verificar ruídos hidroáuricos, distensão ou alças intestinais palpáveis ou visíveis e comunicar alterações a enfermeira	

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

O módulo de diagnóstico tem quatro telas, sendo que a primeira apresenta os diagnósticos que já estão cadastrados para o RN (FIGURA 21) e um ícone para avaliação diária, onde estes diagnósticos podem ser mantidos. Na segunda tela aparece o(s) diagnóstico(s) que foi salvo e tem um ícone para incluir novos diagnósticos (FIGURA 22). Na terceira e quarta tela tem um ícone para escolher outros diagnósticos e prescrições (FIGURAS 23 e 24).

Figura 25 - Tela Imprimir prescrição

 **SENFNEO**  
NOME DO ESTADO  
NOME DA INSTITUIÇÃO  
SETOR RESPONSÁVEL

**Prescrição de Enfermagem**  
Recém-nascido de **Amanda Duarte Bittencourt** 19/07/2016

- Higienizar as mãos, durante 40 a 60 segundos, com solução antisséptica degermante de clorexidine 2% primeira escolha e 4% segunda escolha.	
- Manter o ambiente calmo, nos casos de emergência atender o RN de forma organizada	
- Realizar os procedimentos no RN em dupla	
- Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas de acordo com a estabilidade do recém-nascido	<input checked="" type="checkbox"/> 08:00, 11:00, 14:00, 17:00
- Administrar a dieta por gavagem lentamente	
- Anotar a duração da amamentação, o pega e a sucção	
- Realizar a técnica de translação quando necessário	
- Verificar o resíduo gástrico e comunicar a enfermeira se tiver cor esverdeada ou for sanguinolento	
- Trocar as dânuas (tornelinhos) e os conectores imediatamente quando houver presença de coágulos, e a cada 72 horas caso permaneçam íntegros, já os extensores deverão ser trocados a cada 12 horas e os protetores de cone (tampinhas) a cada manipulação.	<input checked="" type="checkbox"/> 08:00, 20:00
- Trocar o curativo (película) a cada sete dias ou imediatamente na presença de sujidade, ou suspeita de contaminação e quando úmida ou solta	
- Usar colostroterapia para recém-nascidos abaixo de 34 semanas a cada 3 horas	
- Utilizar luvas não estéreis para a inserção do cateter venoso periférico	

Florianópolis, 19 de julho de 2016

Enfermeira Rosiane Rosa - COREN-SC: 123.456

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Figura 26 - Tela Imprimir prescrição

 **SENFNEO**  
NOME DO ESTADO  
NOME DA INSTITUIÇÃO  
SETOR RESPONSÁVEL

**Diagnóstico com Prescrições**  
Recém-nascido de **Amanda Duarte Bittencourt** 19/07/2016

Diagnóstico  
**Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração relacionado a prematuridade.**

- Administrar a dieta por gavagem lentamente	
- Anotar a duração da amamentação, o pega e a sucção	
- Realizar a técnica de translação quando necessário	
- Verificar o resíduo gástrico e comunicar a enfermeira se tiver cor esverdeada ou for sanguinolento	

Risco de comportamento desorganizado do lactente relacionado à prematuridade

- Alocar os prematuros com menos de 32 semanas de gestação do RN longe de janelas que recebam luz solar direta	
- Colocar coberta de tecido escuro na incubadora ou berço aquecido quando houver necessidade de fototerapia	
- Colocar próximo ao nariz do neonato o feijãozinho que tenha sido colocado em contato com a pele da mãe	

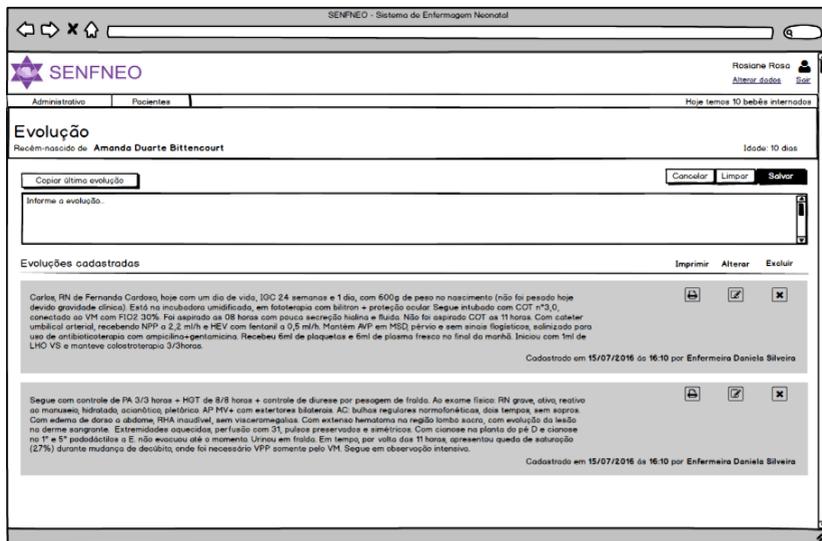
Florianópolis, 19 de julho de 2016

Enfermeira Rosiane Rosa - COREN-SC: 123.456

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

As prescrições de enfermagem poderão ser impressas de duas maneiras, a primeira com todas as prescrições (FIGURA 25) e a segunda com os diagnósticos e as prescrições vinculadas (FIGURA 26).

**Figura 27 - Tela Evolução**



Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

**Figura 28 - Tela Evolução**

SENFNEO - Sistema de Enfermagem Neonatal

Rosiane Rosa  
Alterar dados

Administrativo Pacientes Hoje temos 10 bebês internados

### Evolução

Recém-nascido de Amanda Duarte Bittencourt Idade: 10 dias

Copiar última evolução Cancelar Limpar Salvar

Carlos, RN de Fernanda Cardoso, hoje com um dia de vida, IGC 24 semanas e 1 dia, com 600g de peso no nascimento (não foi pesado hoje devido gravidade clínica). Está na incubadora unificada, em fototerapia com biltrón + proteção ocular. Segue intubado com COT n°3,0, conectado ao VM com FIO2 30%. Foi aspirado as 08 horas com pouca secreção hialina e fluída. Não foi aspirado COT as 11 horas. Com cateter umbilical arterial, recebendo NPP a 2,2 ml/h e HEV com fentanyl a 0,5 ml/h. Mantém AVP em MSD, pérvio e sem sinais flogísticos, solinizado para uso de antibioterapia com ampicilina+gentamicina. Recebeu 6ml de plaquetas e 6ml de plasma fresco no final do manhã. Iniciou com 1ml de LHO VS e manteve colostroterapia 3/3horas.

**Evoluções cadastradas** Imprimir Alterar Excluir

Carlos, RN de Fernanda Cardoso, hoje com um dia de vida, IGC 24 semanas e 1 dia, com 600g de peso no nascimento (não foi pesado hoje devido gravidade clínica). Está na incubadora unificada, em fototerapia com biltrón + proteção ocular. Segue intubado com COT n°3,0, conectado ao VM com FIO2 30%. Foi aspirado as 08 horas com pouca secreção hialina e fluída. Não foi aspirado COT as 11 horas. Com cateter umbilical arterial, recebendo NPP a 2,2 ml/h e HEV com fentanyl a 0,5 ml/h. Mantém AVP em MSD, pérvio e sem sinais flogísticos, solinizado para uso de antibioterapia com ampicilina+gentamicina. Recebeu 6ml de plaquetas e 6ml de plasma fresco no final do manhã. Iniciou com 1ml de LHO VS e manteve colostroterapia 3/3horas. Cadostrado em 15/07/2016 às 16:10 por Enfermeira Daniela Silveira

Segue com controle de PA 3/3 horas + HGT de 8/8 horas + controle de diurese por pesagem de fralda. Ao exame físico: RN grove, ativo, retilvo ao manuseio, hidratado, mucosas: pálido. AP IV+ com estertores bilaterais. AC: bulhas regulares normofrênicas, dos tempos, sem sopros. Com edema de dorso o abdome, RHA inaudível, sem visceromegalia. Com extenso hematoma na região lombo sacro, com evolução da lesão na derme surgente. Extremidades aquecidas, perfusão com 3+, pulsos preservados e simétricos. Com cianose na planta do pé D e cianose no 1º e 5º dedos/dactilo e E. não evoluiu até o momento. Útrua em fralda. Em tempo, por volta das 11 horas, apresentou queda de saturação (27%) durante mudança de decúbito, onde foi necessário VPP somente pelo VM. Segue em observação intensiva. Cadostrado em 15/07/2016 às 16:10 por Enfermeira Daniela Silveira

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Quando clicamos no módulo evolução de enfermagem inicialmente aparece todas as evoluções cadastradas do RN (FIGURA 27), e existe um ícone onde é possível copiar a última evolução. A segunda tela do módulo demonstra a evolução copiada e é possível fazer ajustes, apagar e/ou incluir novas informações (FIGURA 28).

**Figura 29** – Tela imprimir evolução



NOME DO ESTADO  
NOME DA INSTITUIÇÃO  
SETOR RESPONSÁVEL

## Evolução

Recém-nascido de **Amanda Duarte Bittencourt**

Cadastrado em 15/07/2016 às 16:10 por Enfermeira Daniela Silveira :

Carlos, RN de Fernanda Cardoso, hoje com um dia de vida, IGC 24 semanas e 1 dia, com 600g de peso no nascimento (não foi pesado hoje devido gravidade clínica). Está na incubadora umidificada, em fototerapia com bilitron + proteção ocular. Segue intubado com COT n°3,0, conectado ao VM com FIO2 30%. Foi aspirado as 08 horas com pouca secreção hialina e fluida. Não foi aspirado COT as 11 horas. Com cateter umbilical arterial, recebendo NPP a 2,2 ml/h e HEV com fentanil a 0,5 ml/h. Mantém AVP em MSD, pêrvio e sem sinais flogísticos, salinizado para uso de antibioticoterapia com ampicilina+gentamicina. Recebeu 6ml de plaquetas e 6ml de plasma fresco no final da manhã. Iniciou com 1ml de LHO VS e manteve colostroterapia 3/3horas.

Florianópolis, 18 de julho de 2016

---

Enfermeira Rosiane Rosa  
COREN-SC 123.456

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

A evolução de enfermagem poderá ser impressa diariamente. Na impressão terá o logo do software-protótipo, dados da Instituição, nome da mãe do RN, a evolução, data e nome do profissional que realizou a evolução juntamente com o número do COREN (FIGURA 29).

**Figura 30 - Tela Alta**

The screenshot displays the 'Alta' (Discharge) form within the SENFNEO system. The interface includes a navigation bar with 'Administrativo' and 'Pacientes' tabs, and a user profile for 'Rosiane Rosa' with 'Allenz\_silva' and 'Sor'. The main content area shows the patient's name 'Amanda Duarte Bittencourt' and the date 'Hoje temos 10 bebês internados'. The form contains several sections: 'Destino' with checkboxes for 'Casa', 'Alojamento conjunto', 'Transferência', and 'Óbito', each with associated input fields for 'Local' and 'Causa'; 'Data' and 'Hora' input fields; and an 'Observações' text area. Action buttons 'Cancelar', 'Limpar', and 'Salvar' are located at the top right of the form area.

Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

O módulo de alta, apesar de não ser considerada uma etapa do PE, traz informações sobre o destino do RN após alta, data, hora e observações (FIGURA 30).

### 4.3.2 Marca SENFNEO

A marca do sistema é mista, pois é constituída pela combinação de elementos nominativos e figurativos.

O nome do software-protótipo foi elaborado pela pesquisadora juntamente com a Enfermeira, da unidade neonatal, Rosemary P. Turcato. Em conversa informal, buscamos um nome que contemplasse o sistema computacional e a enfermagem neonatal, assim, surgiu a ideia do Sistema de Enfermagem Neonatal - SENFNEO. Após foi realizada uma pesquisa no INPI, em 23 de agosto de 2016, para checar se não havia registro de marca com este nome. Como não foi encontrado nenhum registro, passamos a trabalhar na proposta de um logo que representasse o sistema.

A ideia do logo surgiu a partir da experiência da pesquisadora ao realizar um Curso sobre Cura Eletrônica. Assim, o logo foi pensado em uma forma geométrica que tem relação com Arcanjo Metatron, o regente da geometria sagrada. Metatron é considerado o Anjo mais próximo do Trono, ele carrega o pensamento puro de Deus que sustenta e forma tudo o que conhecemos como realidade, ele é a Fonte dos elétrons Divinos em nosso universo (MORAES, 2016). Dentro da forma foi elaborado um desenho com duas mãos que representam as mãos de quem cuida e dois pés de bebê que representam os RN internados na Unidade Neonatal. O logo foi desenvolvido em conjunto com Jorge José da Rosa Neto (estudante de engenharia civil). A seguir segue a marca do sistema que será enviada para Secretaria de Inovação da UFSC para registro.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo propiciou crescimento pessoal e profissional, além disso, trouxe reflexões acerca da importância da implantação da SAE na Instituição, tanto para a prática da enfermagem como para melhoria da qualidade do cuidado prestado ao recém-nascido e sua família.

Alcançou-se o objetivo do estudo, que foi desenvolver um software-protótipo para operacionalização da SAE na unidade neonatal, além da definição da Teoria das NHB como referencial teórico para sustentar a prática da enfermagem na Maternidade e elaboração de um instrumento que possibilitasse a operacionalização do PE na unidade neonatal.

A busca na literatura destacou a carência de estudos que abordam a questão do referencial teórico na prática da enfermagem na área materno-infantil, o que não quer dizer que a prática dos enfermeiros não esteja sustentada por uma abordagem teórica. Destaca-se também, a dificuldade de encontrar documentos sobre a história da Instituição, evidenciando o quanto não se preserva a memória das ações de enfermagem.

A prática educativa possibilitou um momento de reflexão para os profissionais sobre a sua prática, sendo que as enfermeiras gostaram da iniciativa da implantação da SAE e colocaram que é um grande desafio que agora parece ser possível realizar. Com a escolha do referencial teórico os enfermeiros poderão dar início a efetivação da implementação da SAE em toda Maternidade.

O processo de construção coletiva propiciou momentos significativos, através de trocas de experiências e discussões sobre a temática entre toda a equipe de enfermagem, destacando a importância do referencial teórico para guiar o seu processo de trabalho e a importância da implantação da SAE na Instituição.

A realização deste estudo permitiu ainda que as enfermeiras da unidade neonatal refletissem sobre os cuidados prestados ao RN e como poderiam organizar a assistência e deste modo poderá contribuir para melhoria do cuidado prestado ao RN, assim desenvolveram um instrumento para operacionalização do PE embasado na Teoria NHB e nos cuidados preconizados ao RN internado em unidade neonatal.

A metodologia problematizadora de Paulo Freire foi fundamental no desenvolvimento do estudo, possibilitou reflexões da realidade

vivenciada pela equipe de enfermagem na Instituição, troca de conhecimentos e experiências, fomentou discussões e reflexões sobre a temática, propiciando a construção coletiva para definição do referencial teórico para Maternidade e o desenvolvimento de um software-protótipo para operacionalização da SAE na unidade neonatal.

A partir do desenvolvimento do software-protótipo percebemos que a enfermagem ainda apresenta dificuldades para realizar pesquisa metodológica e de produção tecnológica, pois há necessidade de outro profissional para auxiliar na construção do estudo e também pelo custo deste profissional, muitas vezes tornando dificultoso a realização do mesmo.

Esta investigação possui relevância para a profissão e para a sociedade, pois a implantação da SAE propiciará melhoria da qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem e possibilitará a autonomia ao enfermeiro na atuação, além do uso da tecnologia da informação como recurso para o planejamento da assistência, possibilitando a otimização do tempo dispensado para realizar a SAE, aumentando a disponibilidade do enfermeiro para uma assistência humanizada e de qualidade. A implementação da SAE na unidade neonatal será de grande importância para o cuidado ao RN, visto que é uma unidade de alta complexidade que recebe o paciente crítico que necessita de cuidados individualizados e sistemáticos.

Acredita-se que este estudo traz benefícios para a Instituição, pois a partir da definição da teoria de enfermagem e da implantação da SAE na unidade neonatal, poderá despertar o interesse dos enfermeiros em implementar a SAE nas outras unidades. Na unidade neonatal, o uso de uma ferramenta para sistematizar a assistência possibilitará a organização do serviço, o cuidado humanizado e individualizado ao RN, favorecerá a qualidade da assistência e a autonomia/valorização do enfermeiro.

A limitação do estudo foi que não foi possível ampliar e aprofundar a discussão com todos os enfermeiros da Maternidade. Assim, recomenda-se que os enfermeiros aprofundem os conhecimentos acerca da Teoria das NHB, para embasar o PE, elaborem alguns conceitos (enfermagem, ser humano, ambiente, entre outros), definam qual classificação de diagnóstico utilizar e elaborem os instrumentos do PE. E que os gestores possam promover novos encontros com a equipe de enfermagem para continuidade deste processo, uma vez que o tema é de grande relevância para os profissionais.

Sugere-se por fim, novos estudos para validar o software-protótipo e possibilitar a sua implementação na prática, com vistas a garantir a

efetivação da SAE na unidade neonatal investigada, além de realizar avaliação das repercussões no cotidiano do cuidado, seja para os profissionais de enfermagem, seja para os recém-nascidos e famílias.



## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. R. *et al.* Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Cie Fac Edu Mei Amb**, v. 2, n. 2, p. 115-132, mai-out, 2011.

Disponível em:

<<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/RevistaFAEMA/issue/view/10/showToc>>. Acesso em: 01 set. 2015.

ALVES, L.T; MACHADO, P.R.F.; MARTINS, E.R.C. O acadêmico de enfermagem e a prática prática de punção venosa periférica. **Revista Saúde, Corpo, Ambiente e Cuidado**. Rio de Janeiro, v.1.n.1.p.232-249, jan/mar. 2013.

AMANTE, L.N.; ROSSETTO, A.P.; SCHNEIDER, D.G.

Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n.1, p.54-64. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO/IEC 9126-1**: Engenharia de software – qualidade de produto. Rio de Janeiro, 2003, 21p.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES (AWHONN). **Neonatal skin care**: evidence-based clinical practical guideline. 3rd ed. Washington, DC: 2013.

BARROS, A.L.B.L. de; LOPES, J.L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enferm em Foco**, Brasília, v.1, n.2, p.63-65. 2010.

BENEDET, S.A.; BRASIL, N. A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva. **Rev Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v.3, n.2, p.800-815. 2012.

BHATT, D.R. *et al.* Transitional hypothermia in preterm newborns. **J Perinatol**. Dez. 2007.

BITTAR, D.B.; PEREIRA, L.V.; LEMOS, R.C.A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p.617-28, out/dez. 2006.

BOEHS, A.E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. 2001. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BOEHS, A.E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**. 1990. 190 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea. **Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Efeitos Adversos** – UIPEA, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. 2010.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: 2009.

BRASIL. Lei 7498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)>. Acesso em: 10 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.2048, de 5 de novembro de 2002: **regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930**, de 10 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12 de dezembro de 2012, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário**

**Oficial [da] União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.  
Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013>> Acesso em: 15 de abril de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. 204p.

\_\_\_\_\_. 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/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

CABALLERO, M.C.C. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. Asociación de Enfermería de Equipos de Terapia Intravenosa. **Difusión Avances de Enfermería**. 2008. Disponível em: <[http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/pdfs/manual\\_completo.pdf](http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/pdfs/manual_completo.pdf)>. Acesso em: 27 jan. 2016.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 743 p.

CDC. **Guia for the prevention os intravascular cateter-related infections**. HICPAC-CDC-2011. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/Guias/bsi-Guias-2011.pdf>. Acesso em: 27 janeiro de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Aprova a Reformulação do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução n. 311, de 08 de fevereiro de 2007. Disponível em :< <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Dispõe sobre a Sistematização de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados**. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Disponível

em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>.  
Acesso em: 12 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.** Resolução n. 429, de 8 de junho de 2012. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002.** Disponível em: <<http://www.coren-df.org.br/portal/index.php/resolucoes/98-resolucao-cofen-2722002>>. Acesso em: 09 set. 2014.

CORDEIRO, R.A.; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.23, n.1, p. 185-92, jan/mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf)> Acesso em: 15 mar 2016.

DUARTE, A.P.P.; ILEN SOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 521-526, out/dez. 2007.

FARIAS, M.C.A.D.; COSTA, T.N.A. Déficit de autocuidado em primigestas: proposta de assistência de enfermagem no pré-natal. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 67-76, jul./dez. 2001.

FONTENELE, F.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, (Online); v.45, n.1, p.130-137. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/18.pdf> > Acesso em: 14 dez. 2015.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática de libertação: uma introdução ao pensamento de Freire.** 3ª ed. São Paulo: Centauro, 2008. 116p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009. 148p.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUZA, J.A.V. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n.2, p.207-212, mar/abr, 2007.

FULY, P.S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.6, p.883-7. 2008.

FURTADO, L.G.; NÓBREGA, M.M.L. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v.22, n.4, p.1197-1204, 2013.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 375 p.

GRANERO-MOLINA, J. *et al.* Proceso de enfermería: ¿qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.4, p. 973-979, 2012.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. **Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos**. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [citado 20 out. 2015]. Disponível em: <[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_541\\_Terapia\\_intravenosa\\_AETSA\\_herram.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_541_Terapia_intravenosa_AETSA_herram.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

GUTIERRES, B.S. **Um protótipo para melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem**. 2013. 68 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Paulista, São Paulo, 2013.

HERMIDA, P.M.V.; ARAUJO, I.E.M. Sistematização da assistência de enfermagem subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.59, n.5, p.675-679, set/out. 2006.

HOFFMANN, A.C.O.S. *et al.* A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. **Fam Saúde Desenv**, Curitiba, v.7, n.1, p.75-88, jan./abr. 2005.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. 13. reimp. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

HUITZI-EGILEGOR, J.X. *et al.* Implementação do processo de enfermagem em uma área da saúde: modelos e estruturas de avaliação utilizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.5, p. 772-777, set.-out., 2014.

IYER, P.W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325p.

KARNICK, P.M. The importance of defining theory in nursing: is there a common denominator? **Journal Nursing Science Quarterly**, v.26, n.1, p.29-30, 2013.

LEOPARDI, M. T. **Teorias e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIENQUEO, A.R.; RIVAS, E. Evaluación de protocolos de seguimiento de vías venosas periféricas: neonatología. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Mayo- Junio de 2005. **Cienc. enferm.** v. 14, n.2, p.47-53. 2008.

LIMA, L.M.; SANTOS, S.R. Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Chia Colombia**, v.15, n.1, p.131-143, mar. 2015.

LIMA, L.R. *et al.* Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. **Rev Eletrônica de Enferm**, v. 08, n. 03, p. 349 – 357. 2006.

MACÊDO *et al.* Aplicação da teoria interpessoal de Peplau com puérpera adolescente. **Invest Educ enferm**, v.24, n. 1, p 78-85. 2006.

MAGALHÃES, F.J. *et al.* Respostas fisiológicas e comportamentais de

recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**. Fortaleza, v.12, n.1, p. 136-143, jan/mar. 2011.

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.A. 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, mar-abr, 2012.

MARQUES, D.K.A.; MOREIRA, G.A.C.; NÓBREGA, M.M.L. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. **Rev Enferm UFPE On Line**, Pernambuco, v.2, n.4, p.410-16. 2008.

MARTINS, C.P.; TAPIA, C.E.V. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, (Online); Brasília, v.62, n.5, p.778-783, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/23.pdf> > Acesso em: 12 jan. 2016.

MASSAROLI, R. *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 19, n.2, p.252-258, abr/jun, 2015.

MATERNIDADE CARMELA DUTRA. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Manual de orientações para procedimentos na UTI Neonatal**. Florianópolis: MCD, 2012.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev Gaúcha Enferm**, v.33, n.3, p. 174-181, 2012.

MENDONÇA, K.M. *et al.* Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.330-332, abr/jun. 2011.

MENEZES, S.R.T.; PRIEL, M.R.; PEREIRA, L.L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da

Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.4, p.953-958. 2011.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 472 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MORAES, M.H.L. **Cura eletrônica**: manual do professor. 6. ed. São Paulo, 2016.

MORSE, J.M.; FIELD, P.A. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed. London: Sage, 1995.

MPENF. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Instrução Normativa 01 de 03 de dezembro de 2014**. Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, MPENF, 2014.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda**: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Art Med, 2015.

NASCIMENTO, K.C *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.42, n.4, p.643-8. 2008.

NEVES, R.S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.59, n.4, p.556-9. 2006.

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

OLIVEIRA, A.P.C *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Rene**, Fortaleza, v.13, n.3, p.601-12. 2012.

OLIVEIRA, C.G.; BARROS, K.A.A.; OLIVEIRA, A.G. Protótipo de um software para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 1-6, jan/mar. 2010.

PIRES, S. M. B. **Sistematização do cuidado em enfermagem**: uma análise da implementação. 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

PIRES, S.M.B.; MÉIER, M.J.; DANSKI, M.T.R. Fragmentos da trajetória pessoal e profissional de Wanda Horta: contribuições para a área da enfermagem. **Hist. enferm., Rev. eletrônica**, v.2, n.1, p.1-15, jan-jul, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 670p.

POMPERMAYER, M.M. *et al.* Uma breve abordagem da teoria do desenvolvimento família: história, conceitos e características. In: **Anais do XX Congresso Brasileiro de Economia Doméstica, VIII Encontro Latino-Americano de Economia Doméstica, I Encontro Intercontinental de Economia Doméstica**, 2009.

PORTO, A.R. *et al.* Nursing theories and models that enhance professional practice. **Rev. pesq.: cuid. fundam.** Online, v.5, n.5, p.155-1561, dec., 2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 1480 p.

PRESSMAN, R.S. **Engenharia de software**. São Paulo: Makron Books. 1995. 1037p.

PRESSMAN, R.S. **Engenharia de software**: uma abordagem profissional. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011. 771p.

ROLIM, K.M.C. **Enfermagem humanística**: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira na unidade neonatal. 2006. 196 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

ROLIM, K.M.C. *et al.* Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ**, (Online); v.17, n.4, p.544-549, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a16.pdf>> Acesso em: 14 dez 2015.

SAME. Serviço de Arquivo Médico e Estatística da Maternidade Carmela Dutra. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis: SAME, 2015.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, A. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.2, p.355-8, mar/abr. 2011.

SANTOS, O.M.B. **A enfermagem como diálogo vivo**: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento. 1998. 172 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SANTOS, S.V. **Guia para prevenção e tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: uma construção coletiva da equipe de enfermagem. 2014. 293f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M.G.O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.1, p. 182-188, jan-mar, 2010.

SCHAURICH, D; CABRAL, F.B.; ALMEIDA, M.A. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido no

PROFAE/RS<sup>a</sup>. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.318-24, jun. 2007.

SCHMITZ, E.L. **Filosofia e marco conceitual**: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. 2015. 155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SANTA CATARINA. **Carmela Dutra completa 55 anos**. 2010. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=727:carmela-dutra-completa-55-anos-&catid=203:arquivos-de-noticias-2010&Itemid=407](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=727:carmela-dutra-completa-55-anos-&catid=203:arquivos-de-noticias-2010&Itemid=407)>. Acesso: 26 set. 2014.

SILVA, D.G. da. *et al.* O marco de Wanda de Aguiar Horta para o processo de enfermagem no Brasil. **Rev Cient FAEMA**, Rondônia, v. 2, n.1-Sup, p.56-59. 2011.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.2, p. 172-178. 2011.

SOARES, M.I. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.19, n.1, p.47-53, jan/mar, 2015.

SOUZA *et al.* Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.32, p.234-239, abr./jun. 2012.

SOUZA, M.F.G.; SANTOS, A.D.B.; MONTEIRO, A.I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.2, p.167-173, mar-abr, 2013.

SOUZA, N.R. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades referidas por enfermeiros de um hospital universitário. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.9, n.3, p.7104-10, mar, 2015.

SPERANDIO, D.J.; ÉVORA, Y.D.M. Proposta para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v.03, n.01, p.99-104, jan/abr. 2004.

SPERANDIO, D.J.; ÉVORA, Y.D.M. Sistematização da assistência de enfermagem: proposta de um software - protótipo. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.269-282, ago. 2003.

TAMEZ, R.; SILVA, M.P. **Enfermagem na UTI neonatal**. Assistência ao RN de alto Risco. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TANNURE, M.C. **Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos**. 2012. 324 f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

TAVARES, T.S. *et al.* Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. **Rev Min Enferm**, v.17, n.2, p. 278-286, abr/jun, 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

TRUPPEL, T.C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.2, p.221-227, mar/abr. 2009.

VIEIRA, C.S.; ROSSI, L.A. Os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da Nanda em mulheres com o filho prematuro hospitalizado e o sistema conceitual de King. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 110-116, dez. 2000.

VIEIRA, K.B.T. **Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: uma construção coletiva**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2014. 133p.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. 2006. 437f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.



## APÊNDICES



**APÊNDICE A – Convite dos encontros****CONVITE**

A Gerência de Enfermagem e o Grupo de Trabalho para Sistematização da Assistência de Enfermagem convidam os enfermeiros para participar da reunião sobre a ***“Escolha do Referencial Teórico para sustentar a prática da Enfermagem na Maternidade Carmela Dutra”***.

**Data:** 28/10/2015

**Horário:** 9h30min

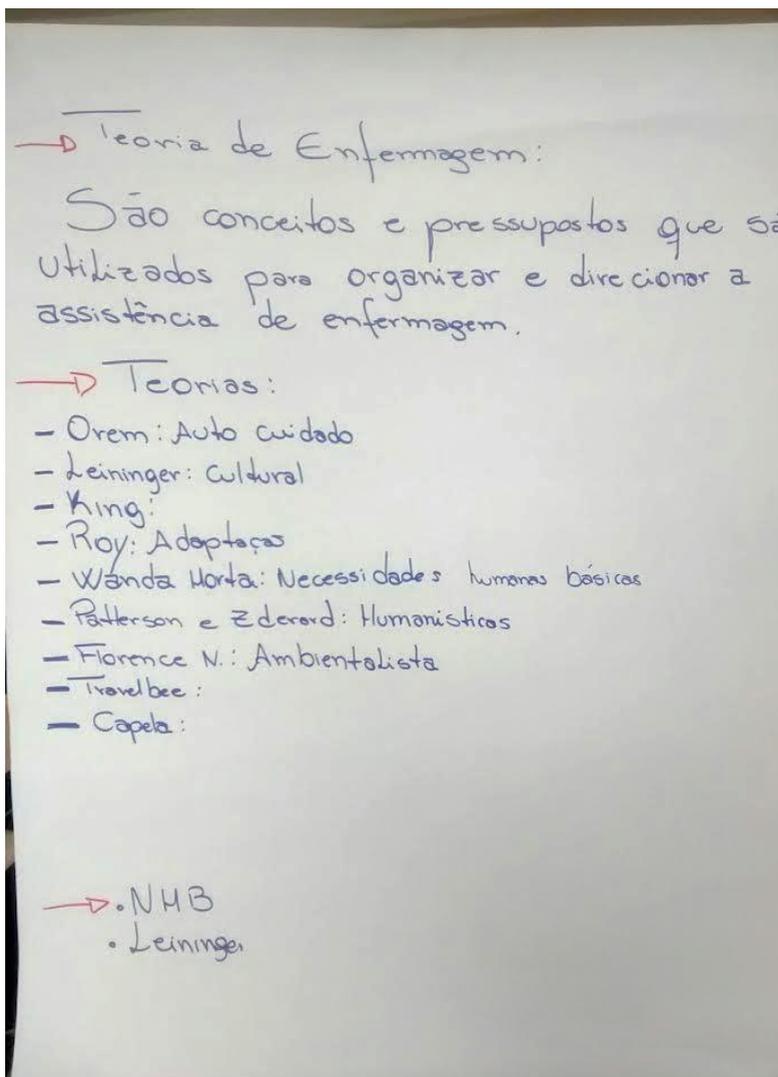
**Local:** Centro de Estudos



***Contamos com sua presença para juntos melhorarmos a qualidade da assistência!***



## APÊNDICE B – Cartazes da construção coletiva dos enfermeiros



Grupo 1

1: São teorias que norteiam a  
cuidado de enfermagem.

- 2:
- T. de OREM (auto-cuidado)
  - T. de LEININGER (cuidado transcultural)
  - T. de NORTA (necessidades humanas básicas)
  - T. de PATTERSON-ZIGERAD (cuidado humano)
  - T. de TRAVELBE (relação interpessoal)
  - T. de PEPLAU
  - T. de NIGHTGALE (ambiente)
  - T. de CARRARO

3: Sim, durante formação acadêmica  
em graduação, trabalho conclusão de curso,  
mestrado...

28.10.15

São conceitos que norteiam a prática

Horta = Necessidades Humanas Básicas  
graduação (Todas), no passado p/ estudo na MCD

Roy = Teoria da Adaptação (mestrado, graduação)

Orem = Auto cuidado  
(usada BLH) - sem sistematização

Grupo 3



## APÊNDICE C – Avaliação dos encontros

### Reunião: Escolha do Referencial Teórico para sustentar a prática da Enfermagem na Maternidade Carmela Dutra

Por favor, circule os comentários que mais refletem seu sentimento sobre os encontros. Acrescente outras palavras/comentários se desejar!

<i>INFORMATIVO</i>	<i>REPETITIVO</i>	<i>ÓTIMA INICIATIVA</i>
<i>RELEVANTE À MINHA PRÁTICA</i>	<i>PROFISSIONAL</i>	<i>TEDIOSO</i>
<i>MUITA INFORMAÇÃO</i>	<i>RECOMENDARIA A OUTROS</i>	<i>PROFISSIONAIS</i>
<i>DESEJAR</i>	<i>ESTIMULANTE</i>	<i>LOCAL DEIXOU A</i>
<i>EXCELENTE</i>	<i>BOM TRABALHO</i>	<i>TROCAS DE</i>
<i>EXPERIÊNCIAS IMPORTANTES</i>	<i>HORAS PERDIDAS</i>	<i>NADA</i>
<i>DE NOVO</i>	<i>CORRESPONDEU A EXPECTATIVA</i>	<i>MUITO</i>
<i>CURTO</i>	<i>ESPERAVA MAIS</i>	<i>VALEU A PENA</i>
<i>PALAVRAS/COMENTÁRIOS...</i>		<i>OUTRAS</i>

### EM RELAÇÃO ÀS TEMÁTICAS NESTE DIA, DÊ SUAS CONTRIBUIÇÕES:

O que você mais gostou?	O que poderia ser melhor?	Coisas que você não sabia e descobriu	Coisas que você gostaria de compartilhar no local de trabalho	Sugestões



## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>1</sup> Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: “SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM UNIDADE NEONATAL: desenvolvimento de um software-protótipo”. A mesma será realizada na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, e tem como objetivo: desenvolver um protótipo de software para operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Será desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, pela mestrandia Rosiane da Rosa (pesquisadora principal), sob orientação da professora doutora Roberta Costa (pesquisadora responsável).**

Você tem a garantia de que os dados fornecidos são confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou publicações científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, você tem o direito e a liberdade de desistir de participar e retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de encontros coletivos que serão

---

<sup>1</sup> O presente T.C.L.E. deverá ser assinado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa. Uma ficará de posse das pesquisadoras e a outra com os próprios participantes da pesquisa.

realizados na Maternidade Carmela Dutra, os encontros poderão ser gravados e fotografados, e, para tanto, solicitamos a sua permissão. Os encontros terão duração de 2 horas e serão realizados após acordo com os horários de todos os participantes de forma a não prejudicar as suas atividades no setor.

Não haverá desconforto e riscos de natureza física decorrentes da participação na pesquisa, exceto desconfortos relacionados a abordagem do tema como timidez pela exposição de suas opiniões no âmbito coletivo e/ou pelo tempo em ficar sentado durante os encontros. Entretanto, garantimos que se você não quiser se manifestar de forma oral durante os encontros, você pode manifestar suas opiniões por escrito, tanto quanto poderemos interromper os encontros sempre que necessário para que você se sinta mais confortável. O benefício esperado da participação na pesquisa será o aprimoramento do conhecimento técnico e científico em relação a sistematização da assistência de enfermagem, além da contribuição para a melhoria da organização e qualidade da assistência aos pacientes da unidade de terapia intensiva neonatal da maternidade. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações ou ressarcimentos financeiros por sua participação neste estudo. Garantimos apenas indenizações que possam, comprovadamente, estar relacionadas a danos causados por este estudo. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Você receberá uma cópia rubricada e assinada em todas as suas páginas deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Além disso, você também poderá contatar o Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra 2º, 4º e 6º feiras das 8:00 às 12:00h, por telefone/fax (48) 3251-7500 ou email: cep\_mcd@saude.sc.gov.br.

Prof<sup>a</sup> Doutora Roberta Costa  
Orientadora do estudo  
e-mail: roberta.costa@ufsc.br

Enf<sup>a</sup> Rosiane da Rosa  
Mestranda  
e-mail: rosiane.nfr@gmail.com  
Fone: (48) 32517528  
UTI NEO MCD  
Celular:  
(48)96344580/91919063

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

DECLARO, para devidos fins, que após devidamente esclarecido pela pesquisadora e ter compreendido o que me foi explicado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa, sem qualquer benefício financeiro, assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Participante da Pesquisa:

---

(assinatura)

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.



**APÊNDICE E - Termo de consentimento para fotografias e gravações dos encontros**

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES**

Eu \_\_\_\_\_  
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa, científico, médico e educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

Nome do profissional:

\_\_\_\_\_  
Assinatura:

Nome do pesquisador responsável: Prof. Dra. Roberta Costa

Nome do pesquisador: Rosiane da Rosa

Florianópolis, / /



## APÊNDICE F – Histórico de enfermagem para o recém-nascido



### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DO RN NA UNIDADE NEONATAL FUNDAMENTADO EM WANDA HORTA



#### I. Dados do RN

Nome: \_\_\_\_\_ RA: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc.  
 Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_:\_\_. Apgar: GEMELAR: ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º  
 Peso: \_\_\_ Comprimento: \_\_\_ PC: \_\_\_ IG Capurro: \_\_\_ IG Ballard: \_\_\_\_\_  
 Classificação: ( ) Pré-termo extremo ( ) Pré-termo ( ) Pré-termo  
 tardio ( ) Termo ( ) Pós-termo ( ) PIG ( ) AIG ( ) GIG  
 Dados do nascimento: ( ) VPP ( ) oferta O2  
 Presença de malformações/síndromes: \_\_\_\_\_  
 Condições de chegada na neo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### II. Dados do parto

Parto Normal ( ) Cesariana ( ). Motivo: \_\_\_\_\_  
 Intercorrências: \_\_\_\_\_

#### III. Dados maternos

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto ( )  
 Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino  
 médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior  
 completo Profissão: \_\_\_\_\_ Estado civil: ( ) Casada ( ) União  
 estável ( ) Solteira ( ) Viúva ( ) Divorciada  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Situação familiar: \_\_\_\_\_  
 Doenças prévias: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_  
 Doenças durante gestação: ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_  
 Fez pré-natal: ( ) Sim ( ) Não Quantas consultas: \_\_\_\_\_  
 Gestação planejada: ( ) Sim ( ) Não Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_  
 Resultados Sorológicos Positivos: ( ) Sífilis ( ) Toxoplasmose ( )  
 Rubéola ( ) Hepatite ( ) HIV Vícios: ( ) Álcool ( ) Fumo  
 ( ) Drogas ilícitas: \_\_\_\_\_

Gestações anteriores: G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ C \_\_\_\_ A \_\_\_\_

Amamentação anterior: ( ) Sim ( ) Não

Teve algum outro bebê pré-termo ( ) Sim ( ) Não

Teve outro bebê que precisou internar na UTIN ( ) Sim ( ) Não

#### IV. Dados paternos ou acompanhante

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Acompanhou o pré-natal ( ) Sim ( ) Não Acompanhou o parto ( ) Sim

( ) Não ( ) apenas o TP

#### V. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas

##### 1. Necessidades Psicobiológicas

###### 1.1 Oxigenação

FR: \_\_\_\_\_ mpm Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

Características: ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) taquipneico ( ) Estertores

( ) Tiragens ( ) Gemência ( ) batimento de aletas nasais ( ) retrações

de fúrcula ou torácica ( ) Ar ambiente ( ) Cateter nasal de O<sub>2</sub>

( ) Halo ( ) Vaporjet ( ) CPAP ( ) IMV nasal ( ) VM ( ) óxido nítrico

###### 1.2 Hidratação e Nutrição

Horário/local da 1ª mamada: \_\_\_\_\_ Força de

sucção: ( ) boa ( ) regular ( ) fraca ( ) não suga Pega da aréola:

( ) completa ( ) incompleta ( ) não apreende

###### 1.3 Eliminações

Vesical: ( ) Presente ( ) Ausente Intestinal: ( ) Presente

( ) Ausente

###### 1.4 Integridade Cutâneo-mucosa

###### ▪ Pele

Textura: ( ) fina e gelatinosa ( ) fina e lisa ( ) algo mais grossa, com discreta descamação superficial ( ) grossa, com sulcos superficiais, descamação de mãos e pés ( ) grossa, apergaminhada com sulcos profundos

Coloração: ( ) corada ( ) cianose ( ) palidez ( ) pletora

Características: ( ) Vértex caseoso ( ) Eritema tóxico ( ) Hemangioma

( ) Millium ( ) Lanugo ( ) mancha mongólica ( ) Equimose ( ) Petéquias  
( ) tocotraumatismo

Descrição:

---

## 1.5 Integridade Física

### ▪ Cabeça

Suturas: normais ( ) cavalgadas ( )

Fontanela Bregmática: ( ) Plana ( ) Deprimida ( ) Abaulad

( ) Normotensa Tamanho: \_\_\_\_\_

Fontanela lambdoide: ( ) palpada Tamanho: \_\_\_\_\_ ( ) não palpada

Alterações: ( ) Bossaserosanguinolenta ( ) Cefalohematoma

Local: \_\_\_\_\_

Tamanho: \_\_\_\_\_

Olhos: ( ) simetria ( ) Pupilas fotorreagentes ( ) Edema ( ) Secreção

( ) Hiperemia ( ) hemorragias conjuntivais

Orelha: ( ) simetria ( ) assimetria ( ) implantação baixa

Boca: ( ) Palato íntegro ( ) Lábios íntegros ( ) Alterações: ( ) fenda labial

( ) fenda palatina

Nariz: ( ) Narinas pérvias ( ) Alteração \_\_\_\_\_

Pescoço: ( ) normal ( ) anormal ( ) nódulos palpáveis ( ) movimento de rotação e flexão

### ▪ Tórax

Clavículas: ( ) íntegras ( ) Alterações \_\_\_\_\_

Aparelho cardiovascular: ( ) taquicardia ( ) bradicardia ( ) arritmia

Extremidades ( ) Frias ( ) Aquecidas ( ) Cianóticas

( ) Pulso radial ( ) Pulso braquial ( ) Pulso femural ( ) Pulso pedioso

( ) Sopro \_\_\_\_\_

Mamas: ( ) simetria ( ) ingurgitamento mamário ( ) Secreção

( ) Mamilo extranumerário

### ▪ Abdômen

( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) gastroquise

Coto umbilical: ( ) 2 artérias e 1 veia ( ) Coto com sangramento Outros:

( ) onfalocele ( ) 1 artéria e 1 veia

Fígado: ( ) palpado ( ) não palpado

### ▪ Coluna

( ) íntegra Outros: ( ) Mielomeningocele ( ) Meningocele ( ) Espinha bífida

### ▪ Aparelho locomotor

MMSS: ( ) normal ( ) anormal MMII: ( ) normal ( ) anormal

Manobra de Ortolani ( ) negativa ( ) positiva

Alterações: ( ) Polidactilia ( ) Sindactilia ( ) Defeito por redução do membro \_\_\_\_\_ ( ) pé torto ( ) malformação congênita do quadril

▪ **Aparelho genital**

Feminino: ( ) Secreções ( ) Edema

Masculino: ( ) Secreções ( ) Edema ( ) Testículos localizados

( ) Criptorquidia

Genitália ambígua ( )

▪ **Ânus**

( ) perfurado ( ) imperfurado

### 1.6 Regulações

Térmica: T: \_\_\_\_\_

Vascular: FC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

Neurológica: Tônus: ( ) hipotônico ( ) hipertônico ( ) normal para IG

Reflexos: ( ) Busca ( ) Sucção ( ) Preensão palmar ( ) Preensão plantar

( ) Babinski ( ) Moro

( ) Marcha

### 1.7 Terapêutica

( ) HEV ( ) NP ( ) Antibioticoterapia ( ) Surfactante ( ) PVPI

( ) Kanakion

( ) Outros \_\_\_\_\_

## VI. CUIDADOS REALIZADOS

Admissão na sala: ( ) UTI ( ) UCINco ( ) UCINca

( ) incubadora ( ) berço aquecido ( ) berço comum ( ) Monitorização

( ) Punção venosa periférica ( ) PICC ( ) Cateter umbilical arterial

( ) Cateter umbilical venoso

Procedimentos: ( ) Sondagem nasogástrica ( ) Sondagem orogástrica

( ) Sondagem vesical

Exames realizados: ( ) raio x ( ) USG ( ) ECO ( ) urina ( ) sangue

Observações: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Nome e coren: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**



## ANEXO A – Documentos Sobre a SAE elaborados pelo grupo de estudos de projeto de metodologia da assistência da instituição

ESTADO DE SANTA CATARINA.  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.  
MATERNIDADE CARMELA DUTRA.  
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER.  
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.  
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.

CLIENTE : .....  
REGISTRO : ..... QUARTO : ..... LEITO : .....

### PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PUÉRPERA.

CUIDADO	HORÁRIO		
	DATA	DATA	DATA
	/ /	/ /	/ /
1. Prestar cuidados de higiene.			
2. Verificar T P R PA.			
3. Controlar diurese, evacuação, loquiação e anotar características.			
4. Verificar localização do fundo uterino.			
5. Estimular e / ou auxiliar higiene perineal com água morna e sabonete neutro.			
6. Manter cuidados com sonda vesical e fluidoterapia.			
7. Realizar curativo incisional.			
8. Anotar características do perineo ( episiorrafia ) ou incisão abdominal.			
9. Anotar condições das mamas.			
10. Anotar queixas de dor ou outros desconfortos.			
11. Auxiliar e estimular amamentação.			
12. Orientar e auxiliar nos cuidados com o RN : higiene, coto e termorregulação.			
13. Favorecer o contato MAE - RN - PAL.			
14. Orientar e envolver o acompanhante nos cuidados prestados à puérpera.			
15. Encaminhar para raios infravermelhos ( no mamilo )			
16. Aplicar bolsa de gelo ou água gelada no perineo.			
17. Colocar saco de areia em fundo uterino.			
18.			
19.			
20.			

ENFERMEIRA : \_\_\_\_\_

ESTADO DE SANTA CATARINA.  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.  
MATERNIDADE GARMELA DUTRA.  
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER.  
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.  
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

#### I - IDENTIFICAÇÃO :

Nome : ..... Q / L : .....  
Registro ..... Cor ..... Idade ..... Naturalidade .....  
Procedência : ..... Profissão ..... Estado Civil : .....  
Período Expulso : Sim ( ) Não ( ) Data / Hora da Internação : .....

#### II - DADOS CLÍNICOS DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM :

DUM ..... DPP ..... PARA ..... GESTA : ..... Abortos ..... Mal formados .....  
Peso : ..... g ..... Estatura : ..... cm ..... Data do último parto : .....  
Grupo Sanguíneo e Fator Rh : ..... Hematócrito ..... Hemoglobina ..... Anemia .....

#### III - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS :

Motivo da Internação : .....  
Expectativas em Relação ao Parto : .....

Deseja Acompanhamento : No TP : Sim ( ) Não ( ) / No Puerpério : Sim ( ) Não ( )  
Possui Alguma Informação sobre Alojamento Conjunto : Sim ( ) Não ( )

Nome do Acompanhante : ..... Grau de Parentesco : .....  
Enfermeira : ..... Data : ..... Hora : .....

#### IV - PROBLEMAS RELACIONADOS AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS :

##### 1 - Necessidades Psicobiológicas :

##### 1.1 - Oxigenação.

Dispnéia na gravidez : Sim ( ) Não ( )  
Tabagismo na gravidez : Sim ( ) Não ( ) Quantos por dia : .....  
Dispnéia no momento : Sim ( ) Não ( ) R : ..... mmm.

##### 1.2 - Hidratação e Alimentação :

Horário da Última Ingesta : .....  
Tipo de Alimento : .....  
Hábitos , Vícios e Tabus : .....

##### 1.3 - Eliminações :

Vesical : Padrões de eliminações urinária : .....  
Problemas : Infecção urinária na gravidez : Sim ( ) Não ( )  
Outras : .....

Intestinal : Padrões de eliminações intestinal : .....  
Problemas : Infecções intestinal na gravidez : Sim ( ) Não ( )  
Outras : .....

##### Drenagens / Secreção vaginal :

Perda tampão mucoso : Sim ( ) Não ( )  
Sangramento vaginal na gravidez : Sim ( ) Não ( )  
Sangramento vaginal no momento : Sim ( ) Não ( )

Hora do Rompimento da Bolsa : .....  
Bolsa rota : Sim ( ) Não ( ) Espontânea ( ) Artificial ( )  
Características do líquido amniótico : líquido claro ( ) líquido claro com grumos ( )  
líquido meconial espesso ( ) líquido ( )  
líquido achocolatado ( ) líquido sanguinolento ( )

Náuseas e vômitos : na gravidez : Sim ( ) Não ( )  
no momento : Sim ( ) Não ( )

##### 1.4 - Integridade Física :

##### 1.5 - Regulações :

Térmica : T : ..... °C  
Vascular : PA : ..... mmHg P : ..... bpm Varizes : Sim ( ) Não ( )

Neurológica : Tontura na gravidez : Sim ( ) Não ( )  
Desmaios na gravidez : Sim ( ) Não ( )  
Cefaleia na gravidez : Sim ( ) Não ( )  
Convulsões na gravidez : Sim ( ) Não ( )

Hidroeletrolítica : Edemas : Sim ( ) Não ( ) Local ( is ) : .....

1.6 - Integridade Cutâneo Mucosa :

Mamas : Tamanho Grande ( ) Médio ( ) Pequeno ( )  
 Patologias Mamárias anteriores Sim ( ) Não ( )  
 Cirurgia Plástica Sim ( ) Não ( )  
 Mamilos Protruso ( ) Plano ( ) Invertido ( ) Pseudo Invertido ( ) Semi Protruso ( )  
 Colostro Presente ( ) Ausente ( )

Abdômen : Inspiração Forma : Globosa ( ) Ovoide ( )  
 Pêndulo ( ) Outros ( )  
 Altura uterina : .....cm  
 Estrías ( ) Cicatrizes ( )

Palpação Situação Longitudinal ( ) Obliqua ( ) Transversa ( )  
 Posição : Esquerda ( ) Direita ( )

Apresentação : Alta e Móvel ( ) Insinuada ( ) Cefálica ( ) Córnica ( ) Pélvica ( )  
 Foco : .....  
 BCF contrações : Antes ..... bpm Durante ..... bpm Após ..... bpm

Dinâmica Uterina : .....

Colo Uterino (toque) : Colo : Fino ( ) Médio ( ) Grosso ( )  
 Polo : Cefálico ( ) Pélvico ( ) Plano De Lee ( )  
 Alterações : .....

1.7 - Cuidado Corporal.  
 Hábitos e Tabus : .....

1.8 - Terapêutica :

Apresenta alergia a medicamentos Sim ( ) Não ( ) Orais ( )  
 Uso de medicamentos e/ou drogas : Sim ( ) Não ( )  
 Nome da droga e período da gravidez : Sim ( ) Não ( )  
 Qual ( is ) e em que período da gravidez : .....

Recebeu Imunoglobulina Humana após o parto : Sim ( ) Não ( ) Neste parto ( ) Parto anterior ( )

1.9 - Outras : .....

2.0 - Necessidades Psicossociais e Espirituais :

2.1 - Educação para Saúde :

Pré - Natal Sim ( ) Não ( ) Nº de consultas ( )  
 Companheiro participou do pré - Natal Sim ( ) Não ( )  
 Recebeu informações sobre Parto ( ) Aleitamento Materno ( ) Alojamento Conjunto ( )  
 Puerpério ( ) Cuidados com o RN ( )

2.3 - Aceitação, Auto - Estima e Realização :

Planejou a gravidez Sim ( ) Não ( )  
 Métodos contraceptivos conhecidos que fez uso : .....

O que gostaria de usar : .....

Depressão pós - parto anterior ( es ) Sim ( ) Não ( )  
 Pretende amamentar Sim ( ) Não ( )  
 Amamentou o último filho Sim ( ) Não ( ) Por quantos meses : .....

2.4 - Outras : .....

Enfermeira : ..... Data : ...../...../.....

2.5 - Características gerais do puerpério imediato :

Início do Parto : ..... às ..... hs Término do parto : ..... às ..... hs

Tipo : Normal ( ) Episiotomia Sim ( ) Não ( ) Fórceps ( ) Circular de cordão ( )  
 Cirúrgico ( ) Incisão ( ) Pfanestiel ( ) Kustner ( )

Intercorrências durante o parto : .....

Dequitação : ..... min após o parto mecanismo B. Shultz ( ) B. Duncan ( )  
 Hemorragia ( ) Curetagem ( )  
 Placenta íntegra Sim ( ) Não ( ) Peso ..... g  
 Cordão Umbilical ..... Comprimento Inserção : Central ( ) Paracentral ( ) Periférica ( )  
 Sinais de Infecção Sim ( ) Não ( )

Condições maternas pós - parto : Globo de Segurança de Pinard Formado : Sim ( ) Não ( )  
 T : ..... °C PA : ..... mmHg P : ..... bpm R : ..... mm  
 Útero Contraído : ( ) acima da altura da cicatriz umbilical  
 ( ) ao nível da altura da cicatriz umbilical  
 ( ) abaixo da altura da cicatriz umbilical

RN colocado para mamar na sala de parto : Sim ( ) Não ( )  
 Sugou Sim ( ) Não ( )  
 RN - Peso ..... g Sexo M ( ) F ( ) Apgar 1' ..... 5' .....

Parto atendido por : .....

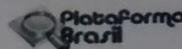
Neonatalogista : .....

Enfermeira : ..... Data : ...../...../..... Hora : .....



**ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP**

MATERNIDADE CARMELA  
DUTRA/SC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM UNIDADE NEONATAL: desenvolvimento de um software-protótipo

**Pesquisador:** Roberta Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49515215.1.0000.0114

**Instituição Proponente:** Maternidade Carmela Dutra

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.273.435

**Apresentação do Projeto:**

pesquisa metodológica com a seguinte questão investigativa: como desenvolver uma ferramenta que possa auxiliar na operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em uma unidade neonatal? Apresenta como objetivo principal: desenvolver um protótipo de software para operacionalização da SAE na unidade neonatal e como objetivos específicos: definir o referencial teórico para sustentar a prática de enfermagem na Maternidade Carmela Dutra; elaborar, com os enfermeiros, um instrumento que possibilite a operacionalização da SAE na unidade neonatal; e identificar os softwares existentes no país para desenvolvimento da SAE. Esta proposta justifica-se pelo fato de que há muito tempo, a implementação da SAE é uma imposição legal e que já existem vários estudos que apontam que é uma ferramenta que melhora a qualidade da assistência.

**Objetivo da Pesquisa:**

- desenvolver um protótipo de software para operacionalização da SAE na unidade neonatal

**Endereço:** Rua Irmã Benwarda 208

**Bairro:** Centro

**CEP:** 88.015-270

**UF:** SC

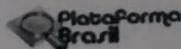
**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3251-7626

**Fax:** (48)3251-7626

**E-mail:** cep\_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA  
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 1.273.435

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

trabalho interessante que poderá mudar realidade assistencial de enfermagem para melhor

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

apresentam-se todos adequados

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Caso ocorram modificações do projeto original no decorrer da pesquisa, estas deverão ser submetidas a este CEP na forma de Emenda, identificando a parte do protocolo a ser modificado com a justificativa.

Encaminhar para este CEP relatórios trimestrais para acompanharmos o andamento da pesquisa até o encerramento da mesma. Notificar este CEP assim que a pesquisa for encerrada.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_526506.pdf	24/09/2015 11:54:06		Aceito
Outros	Termogravacao.pdf	24/09/2015 11:47:15	Rosiane da Rosa	Aceito
Outros	Declaracaochefia.pdf	24/09/2015 11:46:32	Rosiane da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/09/2015 11:44:51	Rosiane da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocomitedeetica.pdf	24/09/2015 11:44:20	Rosiane da Rosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisador.pdf	24/09/2015 11:42:57	Rosiane da Rosa	Aceito

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep\_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA  
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 1.273.435

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoinstituicao.pdf	24/09/2015 11:42:10	Rosiane da Rosa	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	24/09/2015 11:37:21	Rosiane da Rosa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 09 de Outubro de 2015

*Adriana Heberle*

**Assinado por:**  
**Adriana Heberle**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Irmã Benwarda 208

**Bairro:** Centro

**CEP:** 88.015-270

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3251-7626

**Fax:** (48)3251-7626

**E-mail:** cep\_mod@hotmail.com



## ANEXO C – Autorização de utilização de imagem



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
MATERNIDADE CARMELA DUTRA

Ao Senhor Diretor Ricardo Maia Samways

Venho por meio desta solicitar autorização para utilizar a imagem anexa com a finalidade de ser a capa de um software-protótipo de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Unidade Terapia Intensiva Neonatal, produto da minha dissertação realizada na Universidade Federal de Santa Catarina. Pretendo utilizar futuramente este software na UTINeo da nossa instituição, a fim de obter validação do produto. Desde já agradeço a sua colaboração e me coloco a disposição para qualquer esclarecimento.

Rosiane da Rosa  
Enfermeira

Ricardo Maia Samways  
Diretor  
Maternidade Carmela Dutra  
CRM 8349

Florianópolis, 30 de agosto de 2016.

31/08/2016

