

Conhecimento de profissionais da saúde sobre o posicionamento do recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

DANIELA ASSIS PANHONI

Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: danipanhoni@hotmail.com

FABIANA PAULA ALMEIDA MARTINS

Centro Universitário Uninorte, Rio Branco, AC, Brasil.

E-mail: fabianapamartins@gmail.com

MARCELO FERNANDES

Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: marcelo.fernandes@mackenzie.br

MARILIA REZENDE CALLEGARI

Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: marilia.callegari@mackenzie.br

ÍBIS ARIANA PEÑA DE MORAES

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: ibisariana@yahoo.com.br

GISELA ROSA FRANCO SALERNO

Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: gisela.franco@mackenzie.br

LIGIA MARIA DA COSTA CANELLAS TROPIANO

Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: ligia.tropiano@mackenzie.br

Resumo

Introdução: A prematuridade requer cuidados intensivos, resultando frequentemente em atraso ou comprometimento do neurodesenvolvimento, incluindo anormalidades da visão, audição, cognição, comunicação, fala e

Recebido em: 31.5.2019

Aprovado em: 1º.10.2019

linguagem, bem como problemas motores. Uma das primeiras intervenções do neurodesenvolvimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin) é o posicionamento terapêutico, ou seja, o posicionamento em flexão fisiológica (flexão dos ombros, quadris e joelhos, protração escapular e inclinação pélvica posterior) é a posição ideal do recém-nascido, pois promove o alinhamento e a simetria articular adequados, além de apoiar o desenvolvimento neuromuscular. Entretanto, há escassez em artigos científicos sobre o real conhecimento dos profissionais da saúde que prestam cuidado diretamente aos recém-nascidos prematuros nas unidades de terapia intensiva. *Objetivo:* Verificar o conhecimento de profissionais da saúde em relação aos posicionamentos e decúbitos utilizados em recém-nascidos prematuros, bem como seus benefícios, indicações e contraindicações nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Método:* foi realizado um estudo transversal com profissionais de várias Unidades Intensivas Neonatais (Utin) de hospitais públicos e privados do estado de São Paulo, a partir de um questionário *on-line* que avaliou o conhecimento dos profissionais da saúde sobre o posicionamento dos recém-nascidos prematuros. *Resultados:* 16 voluntários responderam ao questionário; três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dez fisioterapeutas e um médico. Das 20 questões apresentadas, a média de acertos foi de 83% (16); as relacionadas ao método ninho e à posição canguru todos os profissionais acertaram; a questão relacionada à anatomia do prematuro apresentou maior índice de erro, 81% dos participantes colocaram erroneamente que a epiglote do prematuro é mais curta em comparação à do adulto. *Conclusão:* Os profissionais de saúde apresentam conhecimento em relação às questões relacionadas ao posicionamento do recém-nascido prematuro, no entanto, existem lacunas teórico-práticas que podem repercutir no manejo do recém-nascido prematuro de forma inadequada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que precisam ser mais bem estabelecidas.

Palavras-chave

Recém-nascido prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Conhecimento. Posicionamento do Paciente. Transtornos do Neurodesenvolvimento.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro, parto <37 semanas de gestação, é a principal causa de mortalidade infantil com menos de cinco anos; é uma importante causa de morbidade grave, associada à internação hospitalar de longa duração. Nos últimos cinco anos houve um aumento da atenção ao parto prematuro. Em 2014, 14,8 milhões de bebês nasceram prematuros, 10,6% dos nascidos

vivos. Aproximadamente 15% dos recém-nascidos pré-termo nasceram antes das 32 semanas de gestação e necessitam de cuidados especiais de internação (LEE; BLENCOWE; LAWN, 2019).

Um dos preditores mais importantes da saúde e sobrevivência subsequente de um bebê é a idade gestacional ao nascimento. As subcategorias de prematuridade, com base na idade gestacional (IG), são: (1) extremamente prematuro (<28 semanas), (2) muito prematuro (28 a <32 semanas) e (3) prematuro moderado a tardio (32 a <37 semanas); os resultados estão inversamente relacionados à idade gestacional (AZAD; MATHEWS, 2016).

A prematuridade ou as complicações perinatais que requerem cuidados intensivos frequentemente resultam em atraso ou comprometimento do neurodesenvolvimento incluindo anormalidades da visão, audição, cognição, comunicação, fala e linguagem, bem como problemas motores que vão desde distúrbios alimentares, anormalidades da marcha, problemas de planejamento motor ou paralisia cerebral (MAITRE, 2015).

Uma das primeiras intervenções do neurodesenvolvimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin) é o posicionamento terapêutico. No terceiro trimestre da gestação, que é perdido em parte ou por completo no bebê prematuro, o ambiente uterino corrobora a formação do tônus flexor fisiológico responsável pelo desenvolvimento da estimulação sensorio-motora e a promoção do crescimento cerebral, mediando a flexão de braços, pernas e tronco, além de orientação da linha média (WAITZMAN, 2007).

Uma vez privado do ambiente uterino pelo nascimento prematuro, profissionais da Utin auxiliam o posicionamento do prematuro com dispositivos auxiliares, como panos e limites colocados ao redor do corpo. O posicionamento adequado está associado a um melhor desenvolvimento neuromuscular e postural, melhora do sono e diminuição do estresse e da dor (MADLINGER-LEWIS *et al.*, 2014). Dessa forma, o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade, são de extrema importância.

O posicionamento em flexão fisiológica (flexão dos ombros, quadris e joelhos, protração escapular e inclinação pélvica posterior) é a posição ideal do recém-nascido, pois promove o alinhamento e a simetria articular adequados, além de apoiar o desenvolvimento neuromuscular. No entanto, os prematuros não apresentam respostas tonais e força ao nascimento, e frequentemente assumem o posicionamento de extensão do pescoço, costas e extremidades,

que pode afetar a aquisição de habilidades motoras de desenvolvimento (GROOT, 2000; SWEENEY; GUTIERREZ, 2002).

Portanto, o cuidado por meio do posicionamento adequado ao prematuro visa contribuir como forma de promoção de estímulo neurológico adequado, mas também como facilitador da mecânica respiratória. Nesse contexto, o decúbito ventral ou posição prona (PP) consiste no posicionamento do RN de maneira a manter suporte diafragmático e estabilização da caixa torácica constantes em função do contínuo contato da caixa torácica e abdômen com o leito, e se mostra como posicionamento promissor visando às necessidades do prematuro em Utin. Efeitos da PP têm sido descritos, tais como aumentos na saturação periférica de oxigênio (SpO_2), volume corrente (V_c), melhora da mecânica respiratória e diminuição do gasto energético (MARCONDES; MACHADO, 2007), bem como diminuição do débito cardíaco e volume sistólico (WU *et al.*, 2017).

A posição prona está associada a uma redução nos casos de apneia da prematuridade, influenciando a ventilação, contribuindo com a otimização da função respiratória em recém-nascidos em prótese ventilatória, auxiliando também no desmame da ventilação mecânica (BRUNHEROTTI; MARTINEZ, 2015; XAVIER *et al.*, 2012).

O posicionamento do recém-nascido é um cuidado rotineiro nas unidades de terapia intensiva que envolve todos os profissionais da equipe multiprofissional e deve ser uma preocupação constante, pois abrange toda a dinâmica corpórea do recém-nascido e interfere diretamente nas funções fisiológicas primordiais, como a respiração, a função cardíaca e a circulação cerebral. Portanto, é de fundamental importância a conscientização da equipe interdisciplinar que trabalha na Utin a respeito do posicionamento adequado, quando utilizá-los e a duração ideal de cada posicionamento, uma vez que todos estes têm benefícios e restrições (PATTON *et al.*, 2015; MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004).

Reconhecendo a importância do cuidado postural no atendimento ao recém-nascido prematuro, as recomendações do Ministério da Saúde quanto a esses cuidados nas Utin e pós-alta, e a escassez em artigos científicos sobre o conhecimento dos profissionais da saúde que prestam cuidado diretamente aos recém-nascidos em Utin, justifica-se investigar este tema, bem como as principais abordagens e implicações, pois entendemos que a partir deste conhecimento poderemos oferecer um cuidado individualizado e seguro, respeitando as características e necessidades apresentadas por cada recém-nascido prematuro.

Tabela 1 Questionário sobre posicionamento do recém-nascido

Profissão:	POSICIONAMENTO NEONATAL	Questionário nº:	
	FISIOLOGIA NEONATAL	F	V
	1 – Os prematuros têm uma predisposição à fadiga, devido à mecânica respiratória pouco eficiente. Seu pulmão é pouco complacente, possui um menor número de alvéolos, e não possui ventilação colateral por estar em uma caixa torácica muito maleável e complacente.		
	2 – A epiglote do prematuro é mais curta e mais flexível, localiza-se horizontalizada e mais alta em comparação à do adulto, predispondo episódios de apneia.		
	3 – A apneia é uma condição patológica em que ocorre uma pausa respiratória superior a 20 segundos, sendo seguida de bradicardia e cianose por mais de 5 segundos.		
1º BLOCO	4 – Os recém-nascidos entre 30 e 31 semanas de IG apresentam a fase REM do sono mais prolongada quando comparados a recém-nascidos a termo, o que resulta em pior qualidade respiratória durante o sono, facilitando a vulnerabilidade para a apneia.		
	5 – Os pneumócitos tipo II aparecem por volta da 24ª semana de gestação, porém, tornam-se mais numerosos por volta de 30 a 32 semanas, de forma que o nascimento prematuro implica patologias respiratórias caracterizadas pela diminuição da complacência pulmonar e por múltiplas áreas de atelectasias, decorrentes da inativação ou diminuição do surfactante (Síndrome do Desconforto Respiratório Neonatal ou Doença de Membrana Hialina).		
	EFEITOS DO POSICIONAMENTO	F	V
	6 – O posicionamento interfere diretamente na respiração, na função cardíaca e na circulação cerebral, permitindo uma melhora nas condições clínicas e emocionais gerais.		
2º BLOCO	7 – Não são objetivos do posicionamento neonatal: a contenção e adaptação ao ambiente extrauterino, a otimização da estabilidade fisiológica e a facilitação do alinhamento medial.		

(continua)

Tabela 1 Questionário sobre posicionamento do recém-nascido (continuação)

EFEITOS DO POSICIONAMENTO		F	V
2º BLOCO	8 – O posicionamento desestabiliza o ciclo sono-vigília, pois quando o prematuro está envolvido em manta e contido, ele chora por mais tempo, pelo desconforto e aperto que esta ocasiona.		
	9 – A contenção através do “ninho” proporciona descanso, promove a organização comportamental do prematuro, estimula a postura fisiológica, reduz perda de calor, promove estimulação tátil constante e auxilia na melhora da dor.		
	10 – O posicionamento evita úlceras de decúbito no RN, por evitar que os pontos de maior pressão no bebê estejam em contato com a superfície por uma grande quantidade de tempo.		
	11 – Na posição prona a cabeça do prematuro deve estar lateralizada e alinhada ao tronco, minimizando o risco de sufocamento do RN. Esse cuidado deve ser tomado devido à fragilidade geral dos recém-nascidos, tanto respiratória quanto física.		
TIPOS DE POSICIONAMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E SEUS OBJETIVOS		F	V
3º BLOCO	12 – A posição prona é recomendada para prematuros que têm instabilidade da coluna, arritmias graves e tenham passado por cirurgias abdominais recentes, devido a um bom alinhamento da coluna e por deixar as cicatrizes livres, sem contato com o leito.		
	13 – Segundo a Academia de Pediatria Americana, a posição supina, o uso de superfície firme para o sono, a amamentação, o compartilhamento do quarto, porém não da cama, imunizações de rotina e o uso da chupeta promovem melhora no sono do prematuro.		
	14 – Em recém-nascidos pré-termo pós-síndrome do desconforto respiratório, a posição prona promove aumento da saturação periférica da hemoglobina em oxigênio (SpO ₂), aumento do volume corrente (V _c), redução do número de apneias centrais, menor gasto energético, melhora da sincronia toracoabdominal, menor necessidade de reintubação de recém-nascidos pré-termo em desmame de ventilação mecânica e redução dos episódios de refluxo gastroesofágico.		

(continua)

Tabela 1 ■ Questionário sobre posicionamento do recém-nascido (continuação)

TIPOS DE POSICIONAMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E SEUS OBJETIVOS	F	V
15 – A posição supina favorece a postura assimétrica e pode ocasionar assimetria na região occipital, além de ser a posição com menor índice de mortalidade por síndrome da morte súbita.		
3º BLOCO		
16 – A posição lateral desfavorece o esvaziamento gástrico (DLE), devido à localização do estômago nos prematuros, favorecendo o refluxo gástrico.		
17 – Devem ser colocados rolos na região dorsal, entre as pernas, na região ventral e entre os membros superiores do RN na posição lateral, para uma melhor acomodação do RN.		
18 – Na posição prona os MMII e MMSS devem ser mantidos em extensão, respeitando o padrão extensor fisiológico que os prematuros tendem a apresentar durante os primeiros meses de vida.		
MÉTODOS E OBJETIVOS DO POSICIONAMENTO NEONATAL	F	V
4º BLOCO		
19 – O método ninho proporciona agitação do prematuro, sendo mais difícil que ele tenha um boa noite de sono, deixando-o irritado e podendo levá-lo a uma perda de peso significativa.		
20 – A posição canguru (pele a pele) estimula o aleitamento materno, reduz o estresse do RN, aumenta o vínculo mãe-filho e auxilia no ganho peso do bebê prematuro.		

Fonte: Elaborada pelos autores.

OBJETIVO

Verificar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre os posicionamentos utilizados em recém-nascidos prematuros, bem como seus benefícios, indicações e contraindicações nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal por amostra de conveniência com profissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (Utin) de hospitais públicos e privados do estado de São Paulo, a partir de um questionário *on-line* publicado com auxílio do Google Docs que avaliou o conhecimento dos

profissionais da saúde sobre o posicionamento dos recém-nascidos prematuros. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, CAAE 62479816.6.0000.0084. Após os participantes e as instituições terem sido informados e dado o livre consentimento, iniciamos o envio do *link* para a coleta de dados *on-line* dos participantes.

A instituição e os responsáveis foram assegurados sobre a preservação de sigilo quanto à sua identidade de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de ter a garantia de que os dados seriam utilizados apenas para fins de pesquisa científica, e de que os participantes poderiam deixar a pesquisa no momento em que desejassem.

Foram incluídos na investigação profissionais da saúde que fazem contato direto com recém-nascidos no ambiente hospitalar, com formações variadas, como enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e médico.

O questionário *on-line* foi composto por 20 questões para serem assinadas verdadeiras ou falsas, sobre o posicionamento neonatal, bem como suas implicações. Este foi elaborado pelos pesquisadores e dividido em quatro blocos por área de conhecimento: as questões de 1 a 5, relacionadas à fisiologia neonatal, formam o primeiro bloco; as questões 6 a 11, relacionadas aos efeitos do posicionamento, formam o segundo bloco; o terceiro bloco compreende as questões 12 a 18 e são referentes aos tipos e objetivos de posicionamento dos recém-nascidos prematuros; e, por fim, no quarto bloco, compreendendo as questões 19 e 20, foram abordados os métodos e objetivos do posicionamento neonatal (Tabela 1).

Após a finalização da investigação, os participantes receberam o gabarito com as respostas corretas para que pudessem verificar seus erros e acertos, evitando assim qualquer tipo de constrangimento profissional ou desconforto, não ocorrendo identificação nome/questionário a ser respondido, de maneira que a análise dos dados foi cega para o pesquisador.

Com a finalização das coletas, os dados foram analisados e apresentados de forma descritiva, com porcentagens, médias e desvio padrão.

RESULTADOS

Foram coletados 21 questionários de participantes que concordaram participar do estudo, sendo, dentre as classes de profissionais, três (13%) enfermeiros; dois (10%) técnicos de enfermagem; dez (48%) fisioterapeutas; um médico (5%) e cinco (24%) não identificados quanto à profissão, que foram excluídos da pesquisa, restando 16 questionários válidos.

As 20 questões foram divididas em quatro blocos envolvendo conhecimentos das áreas de fisiologia neonatal, efeitos, tipos e objetivos do posicionamento dos recém-nascidos prematuros, bem como os métodos e objetivos dessa prática terapêutica.

Comparando entre os profissionais da saúde avaliados, os fisioterapeutas foram os que mais acertaram as questões, obtendo uma média de acertos de 16,6 questões (83%), os enfermeiros tiveram 15,4 (76,5%), os técnicos de enfermagem tiveram 14,5 (72,5%) e o médico, 15 acertos (75%).

Das 20 questões, houve uma média de 16 acertos e as questões relacionadas ao método ninho e à posição canguru (questões 9, 19 e 20) todos os profissionais acertaram. Entretanto, a questão em que ocorreu maior quantidade de erros foi a relacionada à anatomia do prematuro (questão 2), em que 81% dos selecionados colocaram erroneamente que a epiglote do prematuro é mais curta comparada à do adulto.

Em relação ao primeiro bloco de questões, houve uma média de 31,1% de erros; os fisioterapeutas erraram 28%, os enfermeiros, 26,6%, os técnicos de enfermagem, 50% e o médico, 20%.

No segundo bloco de questões obteve-se média de 13,3% de erros; os fisioterapeutas erraram 3,4%, os enfermeiros, 16,7%, os técnicos de enfermagem, 16,7% e o médico, 16,6%.

O terceiro bloco de questões a média foi de 33,8% de erros; os fisioterapeutas erraram 25,7%, os enfermeiros, 33,3%, os técnicos de enfermagem, 28,5% e o médico, 42,8%. Por fim, no quarto e último bloco de questões, todos os profissionais da saúde acertaram.

Em relação às questões, a questão número 1 teve 9% de erros, mostrando o conhecimento dos profissionais sobre a predisposição à fadiga dos prematuros. A número 3 teve 31,25% de erros, indicando baixo conhecimento sobre a definição de apneia. A questão número 4, que relatava o conhecimento sobre a maior vulnerabilidade à apneia do prematuro, teve 25% de erros.

Todos acertaram as questões de números 5 e 6, que tratavam da síndrome do desconforto respiratório em prematuros e dos efeitos do posicionamento em geral. A questão de número 7 teve 12,5% de erros, em relação aos objetivos gerais do posicionamento.

A questão número 8, relacionada ao ciclo sono-vigília do prematuro, teve 12,5% de erros. A número 10, sobre como evitar úlceras de decúbito em recém-nascidos, 12,5 % de erros. A questão 11, relativa à posição prona e seus efeitos no recém-nascido prematuro, todos acertaram.

A número 12, relacionada à posição prona e suas indicações, teve 6,5% de erros. A questão 13 teve 68,75% de erros, indicando baixo conhecimento sobre os efeitos positivos da posição supina a fim de melhorar o sono dos recém-nascidos prematuros. A questão 14, relacionada ao posicionamento em decúbito ventral dos recém-nascidos pós-síndrome do desconforto respiratório, teve 6,5% de erros. A 15 teve 50% de erros, o que indica um conhecimento inadequado sobre a posição supina e seu menor índice de mortalidade por síndrome da morte súbita.

Sobre a questão 16, relativa à posição decúbito lateral esquerdo favorecer o esvaziamento gástrico, observam-se 37,5% de erros. A 17, relativa à colocação de rolos na posição lateral, teve 12,5% de erros. Por fim, a questão 18, relacionada ao padrão fisiológico do prematuro ser flexor e não extensor, teve 18,75% de erros.

DISCUSSÃO

O estudo apresenta resultados que constata a existência de lacunas teórico-práticas que podem repercutir no manejo inadequado do recém-nascido prematuro na Utin. Por apresentar um sistema anatomofisiológico imaturo, o recém-nascido prematuro apresenta dificuldades em adaptar-se ao meio extrauterino. Mesmo em uma incubadora e em ninho contido, o ambiente não apresentara uma contenção de seus movimentos, um controle térmico ideal, luminoso e isolamento sonoro adequado ao seu desenvolvimento neurofisiológico (PEREIRA *et al.*, 2013, BEZERRA *et al.*, 2012).

A hospitalização está associada à exposição excessiva de procedimentos como punções venosas, glicemias capilares, sondagens vesicais e orogástricas, curativos, aspiração das vias aéreas e intubação endotraqueal, dentre outras manipulações que geram desconforto e dor. O manuseio ocorre sem distinção de dia e noite, levando em consideração as rotinas das unidades e não a necessidade de cada bebê; esse excesso de manuseio pode aumentar os riscos de infecção, hipoxemia, apneia, hipertensão, aumento da pressão intracraniana, aumento do fluxo sanguíneo cerebral, parada cardiorrespiratória, cianose, bradicardia, hidrocefalia, dentre outros (MAGALHÃES *et al.*, 2010). Nesse sentido, a inserção dos cuidados humanizados nos serviços da Utin tem sido um processo importante para melhorar a assistência do recém-nascido prematuro. Dentre os cuidados humanizados, as técnicas de posicionamento e contenção passam a ser utilizadas como perspectiva de humanização (SWEENEY;

GUTTIERREZ, 2002). Estudos descritos por Liaw *et al.* (2012), Aquino e Christoffel (2010) citam a sucção não nutritiva como um recurso tido como método humanizado, utilizada durante procedimentos invasivos para amenizar o sofrimento do recém-nascido nas Utin, assim como o posicionamento e a contenção referidos por 56,9% dos enfermeiros entrevistados.

Christoffel *et al.* (2017) argumentaram que avanços no entendimento das particularidades do paciente neonatal, bem como da dor, do estresse neonatal e das estratégias para vencê-los, como o posicionamento, têm sido produzidos e divulgados na literatura internacional desde a década de 1980. Porém, estudos têm mostrado que existe uma lacuna na aplicação do conhecimento científico em relação à prática clínica pelos profissionais de saúde.

Em relação aos conhecimentos de fisiologia e anatomia neonatal, encontrou-se uma média de 31,1% de erros. Foi observado que o grupo que apresentou maiores índices de erros foram os técnicos de enfermagem, o que pode estar relacionado ao fator formação, uma vez que a grade curricular dessa classe profissional é básica, não compreendendo conhecimentos específicos de neonatologia (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007). Cutolo (2001) argumenta que a dificuldade de execução de práticas interdisciplinares no cotidiano da equipe está relacionada à formação que os profissionais receberam em seus ambientes de formação universitária. A formação atual é fragmentadora, afastando o profissional de sua totalidade.

Contraopondo as situações anteriores, quanto à síndrome do desconforto respiratório em prematuros, situação bastante presente nas unidades de terapia intensiva neonatal, os profissionais demonstraram alto conhecimento, registrando assertividade completa na questão que se refere a este assunto (SOARES; SOUZA, 2017). Nesse caso, observa-se que a prática clínica favorece o domínio do conceito teórico.

Sabe-se que a incidência de síndrome do desconforto é encontrada em cerca de 7% dos nascidos prematuros (HERMANSEN; MAHAJAN, 2015). O uso da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) pode ser usada e vem sendo utilizada para tratar e reverter essa condição. Por se tratar de um método não invasivo, esse recurso tem sido preferencialmente utilizado quando viável. Descrições são feitas somando recursos como associar a posição prona durante o uso do CPAP, de acordo com Ghorbani, Asadollahi e Valizadeh (2013), pois isso reduz a frequência cardíaca e respiratória.

Em relação aos conhecimentos dos efeitos fisiológicos do posicionamento em neonatologia, a média de erros (13,3%) encontrada foi menor em relação

ao bloco anterior, mostrando que as questões de práticas diárias do profissional têm maior assertividade em relação aos demais itens, que são mais conceituais. Identificamos ainda que entre as classes profissionais, os fisioterapeutas foram identificados com menor índice de erros, enquanto os demais profissionais têm um índice de erros muito próximo, demonstrando mais uma vez que as práticas curriculares em seu sentido mais amplo determinam o perfil do profissional de saúde e sua consequente intervenção (CUTOLO, 2001).

Um estudo semelhante realizado em Utin em Nova York, referente à percepção do profissional de enfermagem quanto à melhor posição para o recém-nascido, identificou que 65% dos enfermeiros consideraram a posição prona mais adequada para o sono, porém concluíram que eles não seguem uma padronização quando questionados sobre os distúrbios do neonato e qual posição seria mais indicada por seu efeito fisiológico, corroborando assim nossos achados. Esses estudos possivelmente demonstraram que não há uma padronização de posicionamento (ARIS *et al.*, 2006).

Observamos que a questão 13 teve alto índice de erros entre os profissionais, o que pode estar relacionado a duas razões: em um primeiro momento, identificamos que a fisiologia do sono é um ponto que não faz parte da formação curricular das áreas da saúde em geral. Num segundo, observamos que a maneira como a questão foi exposta continha informações de diferentes âmbitos, provocando certa dificuldade na resposta.

A questão de número 15 teve 50% de erros, o que indica um conhecimento inadequado sobre a posição supina e seu menor índice de mortalidade por síndrome da morte súbita. As questões que avaliam o conhecimento em relação às indicações de cada uma das posições apresentam índice de erro próximo a 30%, o que não evidencia a falta de conhecimento dos profissionais. Acredita-se, talvez, que isso se deva a uma atualização constante dos conceitos sobre posicionamento demonstrados na literatura (ALBUQUERQUE; ALBUQUERQUE, 2017).

Luca e Hinde (2016) investigaram, por meio de uma revisão sistemática, o conhecimento dos profissionais de saúde, as orientações repassadas aos pais referentes às posições prona e supina, e como a percepção do conhecimento das evidências descritas das posições pronada e supinada foram modificadas nos últimos 20 anos. O resultado descrito no estudo evidenciou que os profissionais de saúde, em decorrência do aumento no índice de morte súbita na posição prona, passaram a indicar a posição supina para o sono.

Já no ambiente de Utin a posição pronada tem uma eficiência terapêutica que deve ser levada em consideração. Jarus *et al.* (2011) avaliaram a influência das posições prona e supina durante o sono e durante as abordagens em RN pré-termos do Centro Médico de Meir, em Israel. Os neonatos foram avaliados durante dois dias seguidos. Na posição prona (decúbito ventral), foram notados mais padrões de sono em oposição a padrões mais acordados, que foram vistos na posição supina (decúbito dorsal).

O método ninho é um dos procedimentos que fazem parte da proposta de humanização da assistência prestada (BRASIL, 2013), parte de uma política nacional de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso e, portanto, amplamente divulgada pelo Ministério da Saúde (Portaria 1.683/2007). O último bloco de questões do instrumento utilizado compreende aquelas sobre este método, justificando o alto índice de acertos pelos profissionais de todas as áreas de formação.

Silva *et al.* (2008) sugerem a educação continuada (EC) como uma ferramenta para promover o desenvolvimento dos indivíduos e assegurar a qualidade do atendimento aos pacientes, possibilitando a aproximação da prática clínica ao conhecimento teórico-científico, devendo, também, ser voltada para a realidade institucional e para as necessidades do pessoal.

Em um estudo realizado na China, desenvolvido por Chen *et al.* (2014), com um treinamento para equipe de Utin por meio de vídeo educativo e demonstração sobre posicionamento adequado, os autores identificaram que após a implementação em relação ao protocolo, o conhecimento aumentou de 58,3% para 92,3%, assim como o uso correto da técnica cresceu de 63,3% para 91,4%, concluindo os autores que esta é uma intervenção válida para melhorar alinhamento e conhecimento no cuidado com o RN prematuro.

A EC tem evoluído em seu conceito e no contexto dos sistemas de saúde. Trata-se de um processo permanente que promove o desenvolvimento integral dos profissionais do setor, empregando os acontecimentos do trabalho, o ambiente normal das atividades em saúde e os estudos dos problemas reais e do cotidiano e situações mais apropriadas para atingir uma aprendizagem significativa (SILVA; SEIFFERT, 2009).

As instituições de saúde e os serviços de enfermagem estão em constantes modificações para se adaptarem a essa realidade, buscando a educação continuada como componente essencial no desenvolvimento de pessoas, que, como capital humano intelectual, deve ser objeto de análises permanentes quanto às suas necessidades com o propósito de mudanças e melhorias nos processos

de trabalho para que a assistência aos clientes alcance níveis satisfatórios de qualidade. A educação continuada deve ser vista como uma ferramenta que tem como finalidade melhorar o desempenho profissional, e se conduzida como um processo permanente, possibilita o desenvolvimento de competência profissional, visando à aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes para interagir e intervir na realidade, além de auxiliar a minimizar os problemas advindos da defasagem na formação (BEZERRA *et al.*, 2012).

CONCLUSÃO

Concluímos que os profissionais de saúde apresentam 83% de conhecimento quanto às questões relacionadas ao posicionamento do recém-nascido prematuro. No entanto, existem lacunas teórico-práticas que podem repercutir no manejo do prematuro de forma inadequada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Estudos envolvendo um maior número de participantes são necessários para ampliar a investigação e discussão dessa temática.

Knowledge of health professionals on the positioning of the premature newborn in Neonatal Intensive Care Unit

Abstract

Introduction: prematurity requires intensive care, often resulting in delayed or impaired neurodevelopment, including abnormalities of vision, hearing, cognition, communication, speech and language, as well as motor problems. One of the first neurodevelopmental interventions in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is therapeutic positioning, positioning in physiological flexion (shoulder, hip and knee flexion, scapular protraction and posterior pelvic tilt) is the ideal position of the newborns because it promotes proper joint alignment and symmetry and supports neuromuscular development. However, there is scarcity in scientific articles about the real knowledge of health professionals who provide direct care to premature newborns in intensive care units. *Objective:* to verify the knowledge of health professionals regarding the positions and decubitus used in premature newborns, as well as their benefits, indications and contraindications in Neonatal Intensive Care Units. *Method:* a cross-sectional study was conducted with professionals from various neonatal intensive care units (NICUs) in public and private hospitals in the state of São Paulo, based on an online questionnaire

that assessed health professionals' knowledge about the position of premature newborns. *Results*: 16 volunteers answered the questionnaire; 3 nurses, 2 nursing technicians, 10 physical therapists and 1 doctor. Of the 20 questions presented, the average number of correct answers was 83% (16), the ones related to the nest method and the kangaroo position were all correct, the question regarding the anatomy of the premature presented the greatest error, 81% of the participants wrongly stated that epiglottis of the premature is shorter compared to that of the adult. *Conclusion*: health professionals have knowledge regarding the issues related to the positioning of the premature newborn, however, there are theoretical and practical gaps that may affect the management of premature newborn inappropriately in the neonatal intensive care unit that needs to be better established.

Keywords

Premature. Neonatal Intensive Care Unit. Knowledge. Patient Positioning. Neurodevelopmental Disorders.

Conocimiento de profesionales de la salud sobre el posicionamiento del recién nacido prematuro en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

Resumen

Introducción: La prematuridad requiere cuidados intensivos, lo que resulta en un desarrollo neurológico retrasado o deteriorado, que incluye anomalías de la visión, audición, cognición, comunicación, habla y lenguaje, así como problemas motores. Una de las primeras intervenciones de neurodesarrollo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatale (UCIN) es el posicionamiento terapéutico, el posicionamiento en flexión fisiológica (flexión de hombro, cadera y rodilla, protracción escapular e inclinación pélvica posterior) es la posición ideal del recién nacido, porque promueve la alineación y simetría articulares adecuadas, y apoya el desarrollo neuromuscular. Hay escasez en artículos científicos sobre el conocimiento real de los profesionales de la salud que brindan atención directa a los recién nacidos prematuros en unidades de cuidados intensivos. *Objetivo*: Verificar el conocimiento de los profesionales de la salud con respecto a los puestos utilizados en los recién nacidos prematuros, así como sus beneficios, indicaciones y contraindicaciones en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Método*: Se realizó un estudio transversal con profesionales de varias UCIN en hospitales públicos y privados en el estado de São Paulo, basado en un cuestionario que evaluó el conocimiento de los profesionales

de la salud sobre la posición de los recién nacidos prematuros. *Resultados*: 16 voluntarios respondieron el cuestionario; 3 enfermeras, 2 técnicos de enfermería, 10 fisioterapeutas y 1 médico. De las 20 preguntas presentadas, el número de respuestas correctas fue del 83% (16), las relacionadas con el método del nido y la posición del canguro fueron correctas. La epiglotis del prematuro es más corta en comparación con la del adulto. *Conclusión*: Los profesionales de la salud tienen conocimiento sobre los problemas relacionados con el posicionamiento del recién nacido prematuro, sin embargo, existen lagunas teóricas y prácticas que pueden afectar el manejo del recién nacido prematuro de manera inapropiada en la UCIN que necesitan estar mejor establecido.

Palabras clave

Recién Nacido Prematuro. Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Conocimiento. Posicionamiento del Paciente. Trastornos del Neurodesarrollo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, T. M.; ALBUQUERQUE, R. C. Estratégias de posicionamento e contenção de recém-nascido pré-termo utilizadas em unidades de terapia intensiva neonatal. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, v. 1, n. 1, p. 40-51, 2017.

AQUINO, F. M.; CHRISTOFFEL, M. M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 11, p. 169-177, 2010.

ARIS, C. *et al.* Nicu nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. *Advances in Neonatal Care*, v. 6, n. 5, p. 281-294, 2006. DOI <https://doi.org/10.1016/j.adnc.2006.06.009>.

AZAD, K.; MATHEWS, J. Preventing newborn deaths due to prematurity. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 36, p. 131-144, 2016. DOI <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.06.001>.

BEZERRA, A. L. *et al.* O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 618-625, 2012. DOI <https://doi.org/10.5216/ree.v14i3.12771>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru. Manual técnico*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p.

BRUNHEROTTI, M. A.; MARTINEZ, F. E. Influence of body position on the displacement of nasal prongs in preterm newborns receiving continuous positive airway pressure. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 33, n. 3, p. 281-286, 2015. DOI <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2015.06.007>.

CHEN, C. *et al.* Improving the provision of nesting and positioning for premature infants by nurses in neonatal intensive care units. *Hu Li Za Zhi*, v. 61, n. 2, p. S41-49, 2014.

CHRISTOFFEL, M. M. *et al.* Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 1, 2017. DOI <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170018>.

CUTOLO, L. R. A. *Estilo de pensamento em educação médica – Um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC*. 2001. 227 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2001.

GHOORBANI, F.; ASADOLLAHI, M.; VALIZADEH, S. Comparison the effect of sleep positioning on cardiorespiratory rate in noninvasive ventilated premature infants. *Nursing and Midwifery Studies*, v. 2, n. 2, p. 182-187, 2013.

GOTTEMS, L. B. D.; ALVES, E. D.; SENA, R. R. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 5, p. 1033-1040, 2007.

GROOT, L. Posture and motility in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 42, n. 1, p. 65-68, 2000. DOI <https://doi.org/10.1017/S0012162200000128>.

HERMANSEN, C. L.; MAHAJAN, A. Newborn respiratory distress. *American Family Physician*, v. 92, n. 11, p. 994-1002, 2015.

JARUS, T. *et al.* Effects of prone and supine positions on sleep state and stress responses in preterm infants. *Infant Behavior and Development*, v. 34, n. 2, p. 257-263, 2011. DOI <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.12.014>.

LEE, A. C. C.; BLENCOWE, H.; LAWN, J. E. Small babies, big numbers: global estimates of preterm birth. *The Lancet Global Health*, v. 7, n. 1, p. e2-e3, 2019. DOI [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30484-4](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30484-4).

LIAW, J. *et al.* Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: a prospective, randomized controlled crossover trial. *International Journal of Nursing Studies*, v. 49, n. 3, p. 300-309, 2012. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.017>.

LUCA, F.; HINDE, A. Effectiveness of the ‘Back-to-Sleep’ campaigns among healthcare professionals in the past 20 years: a systematic review. *BMJ Open*, v. 6, n. 9, p. e011435, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011435>.

MADLINGER-LEWIS, L. *et al.* The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: a randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*, v. 35, n. 2, p. 490-497, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.11.019>.

MAGALHÃES, F. *et al.* *Avaliação do manuseio de rotina ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010.

MAITRE, N. L. Neurorehabilitation after neonatal intensive care: evidence and challenges. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, v. 100, n. 6, p. F534-F540, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305920>.

MARCONDES, D. M.; MACHADO, H. Apnéia da prematuridade. In: SARMENTO, G. J. V.; PEIXE, A. A. F.; CARVALHO, F. A. *Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia*. São Paulo: Manole, 2007.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. (org.). *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar*. [on-line]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7, 2004. DOI <https://doi.org/10.7476/9788575412374>.

PATTON C. *et al.* Do nurses provide a safe sleep environment for infants in the hospital setting? An integrative review. *Advances in Neonatal Care*, v. 15, n. 1, p. 8-22, 2015. DOI 10.1097/anc.000000000000145.

PEREIRA, F. *et al.* A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 6, p. 1272-1278, 2013.

SILVA, G.; SEIFFERT, O. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000300005>.

SILVA, M. *et al.* Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *O Mundo da Saúde São Paulo*, v. 32, n. 1, p. 47-55, 2008. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcs.v34i1.140>.

SOARES, G. S.; SOUZA, T. A. A. Atuação da fisioterapia respiratória e principais técnicas utilizadas em recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). *Revista Atualiza Saúde* [eletrônica], v. 5, n. 5, p. 73-77, 2017.

SWEENEY, J. K.; GUTIERREZ, T. Musculoskeletal implications of preterm infant positioning in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, v. 16, n. 1, p. 58-70, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005237-200206000-00007>.

WAITZMAN, K. A. The importance of positioning the near-term infant for sleep, play, and development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, v. 7, n. 2, p. 76-81, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2007.05.004>.

WU, T. *et al.* Changes in cardiac output and cerebral oxygenation during prone and supine sleep positioning in healthy term infants. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, v. 102, n. 6, p. 483-489, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-311769>.

XAVIER, S. O. *et al.* Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 8, p. 14-18, 2012.