



Artigo Original

CPAP EM NEONATOS: DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA

CPAP IN NEONATES: AVAILABILITY OF EQUIPMENT AND KNOWLEDGE OF PROFESSIONALS IN JEQUIÉ-BA

Resumo

Aline Ferreira Bastos¹
Jeorgia Pereira Aquino¹
Rodrigo Santos de Queiroz¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Jequié – Bahia – Brasil

E-mail:
al.facuesb@gmail.com

O presente estudo teve como objetivos descrever sobre a utilização da CPAP em unidades de internação neonatal da cidade de Jequié-BA, apontando o perfil dos profissionais, seus conhecimentos e a disponibilidade de equipamentos; sendo de caráter descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. No município, foi encontrada apenas uma unidade de internação neonatal, onde foram investigados os profissionais, através de um questionário auto-aplicável. Na amostra, houve predomínio do sexo feminino, da qual 42,86% apresentavam especialização em Pediatria/Neonatologia. A disponibilidade de equipamentos de CPAP foi referida por 42,86%. Quanto aos que se sentiam aptos a indicá-lo, a maioria foi composta por fisioterapeutas. Já, nos aptos à aplicação, foi verificada menor participação desta classe na porcentagem total. Foram apontadas 12 indicações e 11 contra-indicações para CPAP/VNI. 42,86% referiram não saber qual a melhor interface para sua aplicação, enquanto que 57,14% indicaram diferentes interfaces. Nenhuma das enfermeiras, 66,67% dos fisioterapeutas e 50% dos médicos participaram de aulas/palestras sobre CPAP no último ano; enquanto que 50%, 66,67% e 50%, respectivamente, leram algum artigo no mesmo período. Contudo, observa-se pouco envolvimento com o uso da CPAP entre os profissionais da pesquisa, assim como, uma carência em serviço de internação neonatal na cidade estudada.

Palavras-chave: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas; Serviços de Saúde Neonatal; Técnicas Fisioterápicas.

Abstract

This study aimed to describe the use of CPAP in the neonatal units of inpatient city Jequié-BA, pointing the profile of professionals, their expertise and availability of equipment; being a descriptive, cross-sectional and quantitative approach study. In the studied city, we found only one neonatal care unit, where the professionals were investigated by means of a self-administered questionnaire. The sample was predominantly female, of which 42.86% had a specialization in Pediatrics/Neonatology. The availability of CPAP equipment was reported by 42.86%. As for those who felt able to prescribe it, the majority was composed of physical therapists; although it was verified a minor percentage of this professional category among those able to apply it. 12 indications and 11

contraindications for CPAP/NIV were listed. 42.86% did not know what the best interface for its application was, while 57.14% indicated different interfaces. None of the nurses, 66.67% of physical therapists and 50% of physicians attended classes/lectures on CPAP last year, while 50%, 66.67% and 50%, respectively, have read some article about it in the same period. However, there is little involvement with CPAP use among the investigated professionals, as well as a shortage of hospital neonatal service in the studied city.

Key words: Continuous Positive Airway Pressure; Child Health Services; Physical Therapy Modalities.

Introdução

Diversos esforços vem sendo realizados atualmente no Brasil para a melhoria da assistência pré-natal. Entretanto, medidas de continuidade até o momento do parto e no pós-parto, principalmente no ambiente hospitalar, foram negligenciadas durante muitos anos.¹

Na década de 1970, somente 10% dos recém nascidos com menos de 1000g conseguiam sobreviver. Hoje, as taxas de sobrevivência estão superiores a 70%.² Entre os fatores que contribuem para a redução da taxa de mortalidade infantil, está a melhoria tecnológica das unidades de terapia intensiva (UTI) neonatais, as quais vêm criando ambientes extra-uterinos favoráveis a sobrevivência dos neonatos.³

Estudos demonstram que, logo após o nascimento, com as primeiras incursões respiratórias, os pulmões imaturos dos neonatos pré-termo que até então apresentam alta resistência vascular e são preenchidos por líquido, transformam-se em órgãos dinâmicos, de baixa resistência vascular, aerados e responsáveis pela homeostasia e, de certa forma, pelo equilíbrio ácido-básico.⁴

Além das alterações que acontecem no parênquima pulmonar e vias respiratórias, outras condições como: a função muscular respiratória menos desenvolvida, caixa torácica mais complacente, descoordenação toracoabdominal durante o sono e um sistema imunológico em formação favorecem a fadiga precoce e o risco de acometimentos respiratórios.⁵

Um suporte respiratório já consagrado e que é frequentemente utilizado como tratamento de escolha na assistência ventilatória aos neonatos, é a Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP)⁶, a qual consiste em um modo de ventilação não invasiva (VNI), no qual, o ventilador permite que o paciente ventile espontaneamente, fornecendo uma pressurização contínua tanto na inspiração quanto na expiração.⁷

Para o fornecimento deste suporte, existem diferentes tipos de interfaces, como: prongas nasais (simples ou binasais), máscaras faciais, cânulas nasofaríngeas, cânulas endotraqueais ou câmara pressurizada em torno da cabeça. No entanto, considerando-se que os neonatos respiram obrigatoriamente pelo nariz, a maneira mais indicada para se transmitir a pressão do sistema ao paciente parece ser através das prongas nasais.^{6;8}

Para a geração de CPAP, existem basicamente dois sistemas: um incorporado ao ventilador mecânico (adaptado ou específico) e outro construído

de maneira artesanal (selo d'água); ambos demandam um gerador de fluxo contínuo, um sistema de conexão às vias aéreas e um dispositivo para a geração de pressão positiva.⁹

Em pacientes neonatais, durante muito tempo, o CPAP nasal era reservado exclusivamente para os casos de doença de membrana hialina (DMH) leve e moderada, ocorrentes em prematuros graves. Atualmente existem fortes recomendações para a administração do CPAP nasal em quase todas as causas de desconforto respiratório (DR) do recém-nascido de origem pulmonar, incluindo a síndrome da aspiração do mecônio, pós-operatório de cirurgia cardíaca, apnéia da prematuridade e no desmame da ventilação mecânica; sendo contra-indicado em crianças com hérnia diafragmática, defeitos no nariz, face ou palato e em pacientes com suspeita de doença cística pulmonar congênita.⁶

Ainda, por ser uma manobra de recrutamento alveolar, preconiza-se que o uso da CPAP deva ser implementado quando houver associação com o colapso alveolar, todas as vezes que houver necessidade de Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂) acima de 40% para obter saturação de oxigênio (SaO₂) de 90% a 95%; devendo haver rigorosa monitorização, principalmente por profissionais experientes.¹⁰

Entretanto, o uso de CPAP vem obtendo resultados significativamente positivos. Contudo, este sucesso depende diretamente do grau de capacitação e conhecimento dos profissionais envolvidos em sua aplicação.^{9; 11}

Um fato relevante a ser ressaltado é o considerável índice de ocorrência de DR, percebido através de uma pesquisa local¹² (num hospital público de Jequié) e de dados preliminares de 2008 do Sistema de Informação do Ministério da Saúde¹³, o qual evidenciou que, na Bahia, foram registrados 219 óbitos/ocorrência por DR do recém nascido em ambiente hospitalar; tendo a cidade de Jequié como local responsável por 18 destes casos.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo descrever sobre a utilização da CPAP em unidades que oferecem internação neonatal da cidade de Jequié-BA, apontando o perfil dos profissionais, seus conhecimentos e a disponibilidade de equipamentos.

Métodos

O presente estudo foi realizado entre os meses de setembro a novembro de 2009, na cidade de Jequié, um município de médio porte que possui cerca de 145.964 habitantes e está localizada no sudoeste da Bahia.¹⁴ Caracteriza-se como descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

Foram visitados todos os seis estabelecimentos de saúde que oferecem o serviço de internação na cidade, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES-MS)¹⁵.

Para ser incluído no estudo, o estabelecimento deveria respeitar as normas do Ministério da Saúde (MS)¹⁶, dentre as quais, estabelece que haja disponível um conjunto de CPAP. Apenas um dos seis estabelecimentos atendeu as normas preconizadas pelo MS¹⁶.

Foi entregue uma ficha à coordenadora do serviço de enfermagem da instituição para o preenchimento de informações (*nome, profissão e escala de*

trabalho) relativas aos profissionais atuantes na unidade que atendessem aos critérios de inclusão do estudo: os profissionais deveriam ter no mínimo 3 meses de conclusão do nível superior; formação na área de enfermagem, fisioterapia ou medicina; atuar na assistência aos neonatos internados.

Aqueles que não concordassem com os termos de pesquisa ou não respondessem ao questionário, ou mesmo que não fossem localizados nos horários de escala informados pela coordenadora de enfermagem, seriam excluídos.

Um total de 08 profissionais atenderam aos critérios de inclusão, entretanto não houve participação de um indivíduo no estudo perfazendo uma total de 07 indivíduos no estudo.

Todos os participantes foram informados sobre o sigilo de sua identificação e assinaram um termo de consentimento livre esclarecido.

Em seguida, foi entregue, aos profissionais, um questionário auto-aplicável, proposto por Nápolis *et al.*¹¹, que foi adaptado e modificado para o presente estudo, de tal forma que, as questões passaram a ser direcionadas ao uso do CPAP e à população de pacientes neonatais. Os pesquisadores não interferiram nas respostas, estando disponíveis somente para esclarecimento de dúvidas.

Tal questionário é composto de duas partes: A primeira sendo referente à identificação do participante, assim como, da unidade onde trabalha; e a segunda parte sendo constituída por 09 questões voltadas para informações sobre: a disponibilidade de equipamentos para aplicação de CPAP na unidade (questões 1 e 3); aspectos práticos como indicação e aplicação da CPAP (questões 2 e 7); conhecimento dos profissionais sobre CPAP/VNI (questões 4, 5 e 6) e sobre atualização do conhecimento destes profissionais, também referente ao CPAP (questões 8 e 9). As questões 4 e 5 são de caráter subjetivo com possibilidade para três respostas voltadas não somente para situações neonatais, visto que ainda não existe um consenso ou documento equivalente validado para VNI em tal população. As demais questões são objetivas.

Após a coleta de dados, as variáveis foram classificadas em numéricas e categóricas, sendo que as variáveis numéricas foram expressas em média tendo como medida de dispersão o desvio padrão e as variáveis categóricas em forma de frequência (absoluta e relativa), onde os mesmos foram analisados através do programa Microsoft Excel® 2007.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o protocolo nº 162/2010, estando de acordo com a Resolução 196/1996-Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Considerando que as Unidades de Internação Neonatal (UIN) consistem nos locais, dotados de equipamentos apropriados e de equipe multiprofissional capacitada, onde oferece assistência contínua aos recém-nascidos (RN), em caso de prematuridade ou quando apresentam algum tipo de problema ao nascer¹⁷; apenas uma unidade, na cidade de Jequié, se enquadrou no presente estudo, como estabelecimento para internação neonatal, de acordo com normas do MS¹⁶, sendo esta, um setor de cuidados intermediários.

A população inicial foi composta por 08 profissionais; dentre estes, 01 médica não foi encontrada durante o período estipulado para coleta, visto que não estava realizando suas atividades laborais devido à problemas de saúde. Então a população final fez um total de 07 profissionais, dos quais, 02 (28,57%) eram de enfermagem, 03 (42,86%) de fisioterapia e 02 (28,57%) de medicina.

Houve predomínio do sexo feminino entre os enfermeiros e fisioterapeutas. Quanto à especialização destes profissionais na área, 33,3% dos fisioterapeutas e 100% dos médicos tinham especialização/residência em Pediatria ou Neonatologia, enquanto que nenhuma das enfermeiras possuíam tal título. (TABELA 1)

Tabela 1: Características da amostra (N=07)

Características	ENFERMEIROS		MÉDICOS		FISIOTERAPEUTAS	
	N	%	N	%	N	%
N	02	28,57	02	28,57	03	42,86
Sexo Masculino	-	-	01	50	-	-
Sexo Feminino	02	100	01	50	03	100
Especialização em Pediatria ou Neonatologia	-	-	02	100	01	33,33

As médias das idades dos profissionais assim como a do tempo de atuação destes estão expressas na Tabela 2. Quanto ao tempo de formação dos profissionais, todos os médicos, fisioterapeutas e enfermeiros possuíam mais de 3 meses de atuação. (TABELA 2)

Tabela 2: Idade e tempo de formação e de atuação em Neonatologia dos profissionais

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÍNIMO
IDADE (anos)	40,14	12,70	58	26
TEMPO DE FORMAÇÃO (anos)	14,71	12,03	32	02
TEMPO DE ATUAÇÃO EM NEONATOLOGIA (anos)	9,28	8,90	21	01

Sobre o conhecimento da disponibilidade de tais equipamentos, entre os profissionais, houve variação entre as respostas: segundo 42,86% (n=3) dos entrevistados, a unidade possui recursos para disponibilizar a ventilação com CPAP, enquanto 57,14% (n=4) nega esta disponibilidade.

De acordo com os profissionais que afirmaram dispor do referido recurso; na unidade, predomina o uso do CPAP obtido por Gerador de

Fluxo/Artesanal-Selo d'água (n=2) seguido do obtido por Aparelho Específico para VNI (n=1). O uso do Ventilador mecânico invasivo adaptado para CPAP não foi mencionado. Não houve respostas que haveria mais de um tipo de equipamento disponível.

Referente aos aspectos práticos; 50% das enfermeiras, 66,67% das fisioterapeutas e 50% dos médicos sentem-se aptos a indicar CPAP; perfazendo um total de 04 profissionais, ou seja, 57,14% da amostra total. Em relação a instalar/aplicar CPAP em neonato, 50% das enfermeiras, 50% dos médicos e 33,33% das fisioterapeutas sentem-se capazes de realizar esta prática, perfazendo um total de 03 profissionais (42,86%). (TABELA 3)

Tabela 3: Aspectos práticos: Autoanálise da aptidão para aplicação da CPAP

Aspectos práticos	ENFERMEIROS		MÉDICOS		FISIOTERAPEUTAS		% Total (n=7)
	N	%	N	%	N	%	
Apto à indicar	01	50	01	50	02	66,67	57,14
Apto à instalar/aplicar	01	50	01	50	01	33,33	42,86

Conforme exposto na metodologia, as questões 4 e 5 eram de caráter subjetivo, com possibilidade para três respostas cada. Assim, a tabela 4 expressa as indicações e contra-indicações do uso do Cpap, bem como a frequência absoluta com que foram citadas (numeral apresentado entre parênteses) e ainda a classe profissional referente a resposta:

Tabela 5: Atualização de conhecimento dos profissionais.

ATUALIZAÇÃO	ENFERMEIROS		MÉDICOS		FISIOTERAPEUTAS		% Total (n=7)
	N	%	N	%	N	%	
ARTIGO	01	50	01	50	02	66,67	57,14
AULA / PALESTRA	-	-	01	50	02	66,67	42,86

Com relação à questão 06, onde é solicitado que aponte a melhor interface para aplicação de CPAP, 42,86% (n=3) dos profissionais referiram não saber a resposta, enquanto o restante 57,14% (n=4) cada um citou um tipo diferente de interface: pronga nasal dupla curta, pronga nasal simples, pronga nasal dupla longa e máscara facial.

Quanto à atualização do conhecimento sobre CPAP de cada categoria profissional; observou-se que 50% das enfermeiras, 66,67% das fisioterapeutas e 50% dos médicos leram algum artigo científico sobre CPAP no último ano. E em relação à participação em aulas/palestras, 66,67% das fisioterapeutas, 50% dos médicos e nenhuma das enfermeiras assistiram aula ou palestra sobre CPAP.

Discussões

As UIN são divididas em diversos níveis de complexidade: as de baixo e médio risco (assistência intermediária) são destinadas aos RN que necessitam de cuidados intermediários e, geralmente, são a termo, com padrões fisiológicos considerados normais; e as UIN de alto risco (Terapia Intensiva Neonatal) prestam assistência para aqueles que necessitam de cuidados intensivos, como: os bebês anoxiados, cardiopatas, portadores de malformações, com incompatibilidade de ABO/Rh e aqueles que necessitam de suporte ventilatório (CPAP e respirador artificial).¹⁷

Na unidade estudada, partindo do pressuposto que 42,86% dos profissionais afirmaram dispor de diferentes recursos para aplicação de CPAP e 57,14% negaram essa disponibilidade, verifica-se uma variação nas informações colhidas, podendo esta ser decorrente de baixo índice de especialização na área dos profissionais atuantes na unidade.

Diante do fato de se julgarem aptos a indicar CPAP, 66,67% dos fisioterapeutas constituíram a maior parte da percentagem total (57,14%), no entanto, este grupo de profissionais compunha um maior número de indivíduos. Quanto à aptidão para instalar/aplicar CPAP em neonatos, houve uma igualdade entre a quantidade de profissionais de enfermagem, fisioterapia e medicina no total que se sentiam aptos.

Já no estudo de Nápolis *et al.*¹¹, sendo o CPAP uma modalidade de VNI, foi encontrado que os fisioterapeutas sentiam-se mais capazes de realizar aspectos práticos da VNI do que os médicos e enfermeiros, em Unidades de Terapia Intensiva da região metropolitana de São Paulo: todos os médicos e fisioterapeutas e um menor número de enfermeiros indicavam VNI; enquanto que 33,3% dos enfermeiros, 100% dos fisioterapeutas e 72,6% dos médicos se sentiam aptos a instalá-lo.

Tal fato também foi verificado com os resultados encontrados num estudo semelhante, feito por Loss *et al.*¹⁸, em UTIs pediátrica e neonatal de um hospital, em que todos os médicos e fisioterapeutas sentiam-se aptos a indicar o uso de VNI, só que, quanto à percepção de sentir-se capaz na aplicação/instalação, os médicos mostraram-se hábeis somente através do ventilador mecânico invasivo adaptado, enquanto que os fisioterapeutas sentiam-se habilitados em todas as modalidades.

Entretanto, como os próprios autores sugerem, tais resultados podem decorrer do fato de que, na divisão de tarefas, nas UTIs, cabe aos fisioterapeutas a instalação e monitorização da técnica; além de que, há uma maior ênfase no ensino da VNI durante a graduação em Fisioterapia.

No entanto, há referências¹⁹ que apontam a indicação do uso da VNI e a prescrição dos parâmetros de ventilação como sendo incumbência dos médicos; enquanto que sua aplicação é realizada pelos enfermeiros.

Por outro lado, Lima²⁰ destaca os fisioterapeutas como membros fundamentais na aplicação de VNI; tendo participação efetiva, desde o momento da avaliação do paciente, até o plano de alta. E ainda ressalta a importância de outras técnicas de fisioterapia respiratória em associação com o uso da VNI.

Mesmo já sendo consagrado como um modo eficaz na assistência respiratória neonatal, diversos autores constantemente reafirmam que para o sucesso da técnica com CPAP é imprescindível uma equipe multidisciplinar habilitada, que esteja familiarizada com seu manuseio, bem como com seus benefícios, e que saiba distinguir precocemente suas falhas, para que não aconteçam complicações no quadro do paciente.²⁰

Para análise das indicações e contra-indicações apontadas pelos profissionais, foi usado como embasamento o III Consenso de Ventilação Mecânica²¹, que é voltado principalmente para população adulta; visto que ainda não existe um consenso validado para ventilação não invasiva em população neonatal.

Referente às indicações para o uso desta modalidade ventilatória, os profissionais apontaram 12 possíveis indicações, aplicável não somente a neonatos, conforme tabela 4. Entretanto, houve apenas duas citações dos profissionais semelhantes as que são encontradas no consenso referido²¹; sendo estas a “baixa SaO₂” e “Insuficiência respiratória”, tendo sido considerado que se enquadrariam como sendo análogas à “Insuficiência respiratória hipoxêmica” ou “Insuficiência pós-extubação”, estas duas últimas indicações encontradas no consenso.

No entanto, não se podem considerar as outras citações como não corretas. Por exemplo, no caso de *Síndrome da Angústia Respiratória Aguda* (SARA), há pesquisas que demonstram resultados positivos, como no que foi realizado por Amato *et al.*²², onde foi observado uma melhora da relação PaO₂/FiO₂ além do aumento da complacência pulmonar e da sobrevida dos pacientes, após recrutamento alveolar com CPAP associados a valores determinados de Pressão Positiva ao final da Expiração.

Há também estudos onde o uso CPAP está indicado na ocasião de diversas causas de *desconforto respiratório*; como a *síndrome da aspiração do mecônio* e a *apnéia da prematuridade*, dentre outras, também citadas⁹. Quanto às contra-indicações, ainda segundo o III Consenso de Ventilação Mecânica²¹, crianças com *hérnia diafragmática*, *defeitos no nariz, face ou palato* e *aqueles com suspeita de doença cística pulmonar congênita* a CPAP não deve ser utilizada.⁹

Novamente, há uma falta de afinidade entre as citações dos profissionais e as referidas no consenso, uma relevante referência concernente ao assunto; sendo válido ressaltar que não houve análise das respostas como sendo corretas ou incorretas.

Sobre a interface mais apropriada para aplicação de CPAP em neonatos, obtiveram-se quatro respostas diferentes: pronga nasal dupla curta, pronga nasal simples, pronga nasal dupla longa e máscara facial.

Numa revisão bibliográfica, realizada por Falcão²³, foi levantado que, em virtude da dificuldade de aplicação associada à ocorrência de lesões, as máscaras e câmaras faciais e cefálicas, foram abandonadas sendo substituídas pelas prongas ou duplo tubo nasal.

Para Lima⁹, a forma mais simples de se ofertar CPAP é com as prongas nasais curtas, as quais promovem menor resistência à passagem do fluxo aéreo produzindo melhores efeitos terapêuticos, contudo apresentam algumas

desvantagens, como dificuldade na fixação, perda da pressão durante o choro e trauma ao septo nasal.

No entanto, as interfaces de maior comprimento (cânulas nasofaríngeas e endotraqueais) quando comparadas as prongas nasais curtas, além de oferecem maior resistência à ventilação ainda apresentam as desvantagens associadas à intubação.²³

Nos dados obtidos demonstra-se que não há um considerável índice de atualização do conhecimento sobre a CPAP por parte dos profissionais, visto que menos da metade do total da amostra não teve acesso a aulas/palestras sobre o assunto, enquanto que cerca de apenas 57,14% leram algum artigo sobre CPAP, no último ano. Isto pode refletir também uma realidade que demonstra a carência de programas de capacitação permanente e incentivos ao profissional, que por sua vez, cabem diretamente aos gestores dos setores de saúde promover.

Em contrapartida, numa pesquisa²⁴ realizada com os profissionais das UTIs da cidade de Jequié, a respeito da VNI nessas unidades, observou-se que os fisioterapeutas leram mais artigos e assistiram mais palestras/aulas do que os médicos e estes mais do que os enfermeiros. Já Loss¹⁸ ressalta a necessidade de que os fisioterapeutas do seu estudo participem mais de palestras sobre VNI, já que esta técnica é integrada como parte da fisioterapia respiratória além de ter seus benefícios voltados para uma melhor recuperação do paciente.

Contudo, uma das limitações da presente pesquisa foi a carência de correlação dos resultados com mais estudos com perfil semelhante (por exemplo, com profissionais que trabalham com pacientes neonatais em assistência pública), o que pode inferir a falta destas bibliografias neste âmbito.

Outro fator foi o número reduzido da amostra coletada, que pode ser justificado como um reflexo de uma deficiência assistencial neonatal encontrada na cidade de Jequié-Ba, um município que mesmo sendo de médio porte, disponibiliza somente uma unidade para internação, a qual contém 12 leitos para RN patológicos e atende não somente ao município, como a uma microrregião composta por 26 cidades adjacentes, além de 10 distritos e povoados. Esta unidade oferece cuidados intermediários, não havendo nenhum setor de cuidados intensivos a esta população de pacientes na referida cidade.

Conclusões

Através do presente estudo, percebe-se certa dissensão em relação ao conhecimento da disponibilidade de equipamentos de CPAP, frente às divergências encontradas nas respostas; o que pode ser decorrente da falta de conhecimento geral sobre a técnica.

Nota-se que há necessidade de capacitação em prática destes profissionais, principalmente fisioterapeutas (já que esta técnica foi integrada como parte da fisioterapia respiratória); corroborada pela porcentagem de profissionais que se sentiam aptos a indicar o CPAP e dos que sentiam-se capazes em sua aplicação. No entanto, a maioria não demonstra atualização sobre a técnica, evidenciando, também, certa carência teórica.

Contudo, carência maior é encontrada na assistência em internação neonatal na cidade de Jequié, como um todo; visto que apesar de haver um número satisfatório de maternidades, não existe uma equipe profissional especializada em neonatos e nenhuma unidade de terapia intensiva destinada a estes pacientes; sendo encontrado apenas um setor para internação neonatal.

Referências

1. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. Rev Saúde Pública. 2002;36(6):759-72.
2. Sarmento GJV. Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Manole; 2007.
3. Sales CA, Alves NB, Vrecchi MR, Fernandes J. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. Rev. bras. enferm. 2006; 59(1): 20-24.
4. Tarantino AB. Doenças Pulmonares. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
5. Mello RR, Dutra MVP, Ramos JR, Daltro P, Boechat M, Lopes JMA. Neonatal risk factors for respiratory morbidity during the first year of life among premature infants. São Paulo: Med. J. 2006; 124(2):77-84.
6. Zaconeta ZM. Avaliação in vitro de dois aparelhos para CPAP nasal de uso neonatal [tese]. [Brasília]: Universidade de Brasília - Faculdade de Medicina, 2006.
7. Amato MB, Carvalho CC et al. Ventilação mecânica na lesão pulmonar aguda(LPA)/Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo(SDRA)- III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol. 2007; 33(2):S119 - S127.
8. Loh LE, Chan YH, Chan I. Ventilação não-invasiva em crianças: uma revisão. Jornal de Pediatria. 2007; 83(2):s91-s99.
9. Lima MRO, Freire ALG, Andrade LB, Santos LG. Comparação dos níveis de pressão positiva contínua nas vias aéreas através de dois sistemas. J Pediatr.2004;80(5):401-6.
10. Fioretto JR, Roberto J, Freddi NA, Costa KN, Nóbrega RE. Ventilação mecânica na Lesão Pulmonar Aguda / Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo - [proposta submetida à consulta pública] I Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica em Pediatria E Neonatologia. 2009.
11. Nápolis LM, Jerônimo LM, Baldini DV, Machado MP. Conhecimento da disponibilidade e sobre o uso da ventilação não invasiva em unidades de terapia intensiva de hospitais públicos, privados e de ensino da região metropolitana de São Paulo. J. Bras. Pneumologia; 32(1):29-34. Jan-fev. 2006.
12. Barbosa VA. Perfil dos neonatos com diagnóstico de desconforto respiratório internados em um hospital público do interior da Bahia [monografia]. [Jequié-BA]: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2009.
13. Ministério da Saúde. Brasil: Departamento de Informática do SUS- DATASUS [base de dados na internet]: Acesso em 10 de outubro de 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
14. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística da saúde: assistência médico-sanitária. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

15. Ministério da Saúde. Brasil: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde . Acesso em 17 de outubro de 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
16. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria Nº 1.091. Normas e Critérios para Inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS; 1999.
17. Frota MA, Campos ACS, Pimentel ZB, Cinthia, Esteche MGCE. Recém-Nascido em Uma Unidade De Internação Neonatal: Crenças e Sentimentos Maternos. *Cogitare Enferm.* 2007 Jul/Set; 12(3):323-9
18. Loss S, Bragança C, Oliveira A, Souza T. Disponibilidade de fisioterapeutas e conhecimento sobre o uso da ventilação não invasiva dos profissionais que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica: Faculdade Novo Milênio.
19. Cunha MHF, Freitas MEA. Conselho Regional de Minas Gerais, Parecer Técnico No 188/08. Belo Horizonte, 27 de agosto de 2008.
20. Lima FMR, Peluso AQL, Virginio FB. Ventilação não invasiva com pressão positiva na insuficiência respiratória aguda: prevenção da intubação e reintubação. Publicado em: 15 de outubro de 2007. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/fisioweb>.
21. Schettino GPP, Reis MAS, Galas F, Park M, Franca S, Okamoto V. Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *J Bras Pneumol.* 2007; 33(2): S92 – S105.
22. Amato MBP, Barbas CSV, Medeiros DM & cols. Effect of a Protective Strategy on Mortality in Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl. J.Med.* 338;347 – 354. 1998.
23. Falcão MC. Uso da pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP) no período neonatal. *Pediatria (São Paulo)*,1997.19(3):209-212.
24. Peixoto AV. Avaliação da disponibilidade e conhecimento acerca da ventilação não invasiva em unidades hospitalares. [monografia]. [Jequié-BA]: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2009

Endereço para correspondência

Rua Humberto Ferreira, nº30 B,
Jequiezinho, Jequié – Ba.
CEP: 45.206-191

Recebido em 03/02/2011

Aprovado em 11/10/2012