

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NÁDIA CECÍLIA BARROS TOSTES

PROJETO DE INTERVENÇÃO: VISITA MONITORADA À UTI NEONATAL PELAS
GESTANTES INTERNADAS NA ENFERMARIA DE ALTO RISCO

FLORIANÓPOLIS – SC
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NÁDIA CECÍLIA BARROS TOSTES

PROJETO DE INTERVENÇÃO: VISITA MONITORADA À UTI NEONATAL PELAS
GESTANTES INTERNADAS NA ENFERMARIA DE ALTO RISCO

Monografia apresentada ao Curso de especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem – Opção: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente. Tecnologia de Concepção do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista

Profa. Orientadora: Márcia Teles de Oliveira Gouveia

FLORIANÓPOLIS – SC
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROJETO DE INTERVENÇÃO: VISITA MONITORADA À UTI NEONATAL PELAS GESTANTES INTERNADAS NA ENFERMARIA DE ALTO RISCO** de autoria da aluna NÁDIA CECÍLIA BARROS TOSTES foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado aprovado no Curso de especialização em Linhas de Cuidados, Opção Saúde Materna, Neonatal e do Lactente, Gerais em Enfermagem – Área Tecnologia de Concepção.

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia
Orientadora

Profa. Dra. Vânia Marli Schuber Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

Florianópolis
2014

SUMARIO

| | | |
|---|----------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 05 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 07 |
| 3 | MÉTODO..... | 11 |
| 4 | RESULTADOS E ANÁLISE..... | 14 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 17 |
| | REFERÊNCIAS..... | 18 |
| | APENDICE I..... | 20 |

1 INTRODUÇÃO

A assistência a gestante e ao recém-nascido (RN) vem sendo foco de encontros políticos atuais que visam à melhoria do atendimento a este público desde ao cumprimento de fato das etapas preconizadas no percurso do pré-natal à implementação de boas práticas durante o parto até a humanização do cuidado integral aos RN's (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010).

O nascimento do neonato de risco, seja prematuro ou doente, acarreta uma mudança no percurso natural esperado pela família do nascimento de um bebê saudável ativo, e que imediatamente após o nascimento estaria ao cuidado de seus pais. Esta etapa é interrompida quando há a necessidade do cuidado especializado e intensivo de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) para garantir a sua sobrevivência (ESTEVES; ANTON; PICCININI, 2011).

A internação de um bebê em uma unidade neonatal representa, para ele e sua família uma situação de crise. Brasil (2012) diz que isso repercute, de maneira especial na interação entre pais e seus bebês, podendo inferir na formação e no estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares. Atrelado à importância da gestante de alto risco conhecer o universo da Assistência Neonatal, e não só se deparar no momento após o parto, verificou-se a necessidade de apresentar previamente a unidade neonatal à gestante no intuito de mostrar seu funcionamento, seu fluxo, afim de não tornar-se um ambiente estranho, sendo menos impactante, para a grávida.

O presente estudo emergiu da experiência da autora como enfermeira da Unidade Neonatal do Hospital da Mulher Mãe Luzia (H.M.M.L), na qual por diversas vezes, foi vivenciado o impacto da puérpera ao se deparar com seu neonato internado no referido setor. Além disso, a preferência pela temática configurou-se porque uma gestação de alto risco permite detectar que: além de mudanças físicas, há também mudanças no psicológico, destacando, assim, uma maior atenção à mente das mulheres grávidas. Neste sentido, é importante que a equipe de enfermagem, e a equipe multiprofissional, esteja atenta para promover uma assistência, não somente voltada para os aspectos físicos dessa gestação, mas também ao psicológico dessa gestante.

Consequente, percebe-se a relevância social e o impacto assistencial desse projeto de intervenção devido a ter-se uma grávida mais orientada acerca da possível hospitalização do seu neonato na UTI. Este estudo irá contribuir significativamente no processo de trabalho da equipe de enfermagem, além de garantir subsídios para que os profissionais da instituição possam compreender o quanto é importante proporcionar a essas gestantes, uma assistência organizada e humanizada. Além disso, compreender o quão é difícil para as gestantes de alto risco conviver com a possibilidade de ter seu RN internado em uma UTIN, e, assim sendo, proporcionar uma melhor assistência, no intuito de poder subsidiar pesquisas posteriores. Ademais, promover as visitas monitoradas das gestantes na unidade neonatal torna-se uma ação institucional que não gera ônus orçamentários, garante direitos e melhora a avaliação de satisfação das usuárias e familiares.

Como problemas de pesquisa têm-se: falta de conhecimento da gestante sobre o que seja o universo neonatal, a internação na unidade neonatal, compreensão da gestante sobre sua condição clínica, acerca do parto prematuro e das condições clínicas do neonato. Nesse contexto a orientação da gestante hospitalizada na unidade de gestação de alto risco, acerca do qual será o possível local de admissão do seu filho é de extrema importância, pois elas terão oportunidade de conhecer o fluxo e desmistificar que a Unidade Neonatal é um local de cuidados para restabelecimento da saúde neonato.

Assim, tem-se como objetivo geral proporcionar a visita monitorada com orientações à gestante de alto risco na unidade neonatal. E como objetivos específicos: desmistificar a unidade neonatal para as gestantes; esclarecer o funcionamento da unidade neonatal com suas rotinas e processos de tratamento, visando reduzir estresse e ansiedade da gestante; colaborar/ contribuir com a melhoria dos serviços institucionais.

Diante deste contexto que envolve a gestante de alto risco e familiares na compreensão do que é conviver com seus RN's admitidos em unidade de tratamento intensivo, pela inexistência de pesquisas no município de Macapá sobre a temática, e ainda na perspectiva que a enfermagem aperfeiçoe a assistência ao RN prematuro, foi o que instigou ao desenvolvimento do presente estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ARCO DE MAGUEREZ

Bordenave e Pereira (1989) propõem um esquema chamado de Arco de Magueréz. Tal arco parte da realidade social e após análise, levantamento de hipóteses e possíveis soluções, retorna à realidade. As consequências deverão ser traduzidas em novas ações, desta vez com mais informações, capazes de provocar intencionalmente algum tipo de transformação nessa mesma realidade.

Com o fortalecimento da necessidade de uma perspectiva de ensino mais voltada para a construção do conhecimento pelo aluno, essa alternativa passou a ser considerada nas últimas décadas do século XX, para além das áreas de Agronomia e Enfermagem, alcançando a área da Educação. (BORDENAVE E PEREIRA, 1989).

A Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao estudante ou pesquisador extrair e identificar os problemas ali existentes. O esquema do Arco é o seguinte:



FIGURA 1: ARCO DE MAGAREZ (apud BORDENAVE; PEREIRA, 1989)

Berbel (1995) explica que o estudo / a pesquisa se dá a partir de um determinado aspecto da realidade. Então, a primeira etapa é a da Observação da realidade e definição do problema. É o início de um processo de apropriação de informações pelos participantes que são levados a observar a realidade em si, com seus próprios olhos, e a identificar-lhes as características, a fim de, mediante os estudos, poderem contribuir para a transformação da realidade observada.

Essa observação, ainda que incipiente, prossegue quando, então, os educandos assumem e desenvolvem os cuidados de Enfermagem para determinados pacientes e, assim conseguem conhecer um pouco mais sobre a pessoa a ser cuidada e acerca do contexto desse ser, incluindo, também, os aspectos físicos. Nesse sentido, com a focalização dos problemas que precisam ser resolvidos, os educandos conjuntamente com o educador, passam a elencar as necessidades de cuidado de cada paciente, fase esta compreendida como o levantamento dos pontos chave, os quais subsidiarão a continuidade do processo ensino aprendizagem, no contexto prático.

Definido o problema a estudar/investigar, inicia-se uma reflexão acerca dos possíveis fatores e determinantes maiores relacionados ao problema, possibilitando uma maior compreensão da complexidade e da multideterminação do mesmo. Tal reflexão culminará na definição dos Pontos-chave do estudo, cuja investigação possibilitará uma nova reflexão sobre o mesmo. Os pontos-chave podem ser expressos de forma variada: questões básicas que se apresentam para o estudo; afirmações sobre aspectos do problema; tópicos a serem investigados; ou, ainda, por outras formas. Assim, possibilita-se a criatividade e flexibilidade nessa elaboração, após a compreensão do problema pelo grupo (BERBEL, 1995).

Tal estudo deve ser crítico e reflexivo, tendo em vista que os estudantes estão, a todo momento, em busca da solução do problema. A partir dessa análise, os alunos devem elaborar a síntese dos pontos essenciais que deverão ser estudados, no intuito de compreender o problema de maneira profunda e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo (ROCHA, 2008).

A terceira etapa – a da Teorização – é o momento de construir respostas mais elaboradas para o problema. Os dados obtidos, registrados e tratados, são analisados e discutidos, buscando-se um sentido para eles, tendo sempre em vista o problema. Todo estudo, até a etapa da Teorização, deve servir de base para a transformação da realidade (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Após a rápida teorização da problemática identificada pelos educandos, segue-se o momento em que este passa a construir as hipóteses de solução dos problemas, isto é, a proposição de um plano de cuidados em Enfermagem com vistas à ampliação dos conhecimentos e ações já existentes, favorecendo a construção de novos saberes e de diferentes possibilidades para a realização da prática. Nessa fase, o educando pensa, reflete e elabora uma outra forma de

desenvolver o procedimento, a maneira de buscar a interação com o paciente, descobrindo uma forma de, mesmo durante a realização da técnica, procurar envolver o acompanhante do paciente, no processo de cuidar (SCHAURICH; CABRAL; ALMEIDA, 2007).

Então se chega à quarta etapa – a das Hipóteses de Solução –, em que a criatividade e a originalidade devem ser bastante estimuladas para se pensar nas alternativas de solução. Bordenave afirma que “o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la” (BORDENAVE, 1989, p. 25). Na metodologia em questão, segundo Berbel (1996), *as hipóteses são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos os ângulos possíveis.*

Por fim, a última etapa – a da Aplicação à Realidade – é aquela que possibilita o intervir, o exercitar, o manejar situações associadas à solução do problema. A aplicação permite fixar as soluções geradas e contempla o comprometimento do pesquisador para voltar para a mesma realidade, transformando-a em algum grau e, segundo Berbel 1996:

Decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas. Nesse momento, o componente social e político está mais presente. A prática que corresponde a esta etapa implica num compromisso dos alunos com o seu meio. Do meio observaram os problemas e para o meio levarão uma resposta de seus estudos, visando transformá-lo em algum grau. (p.8-9).

Sendo assim, a Metodologia da Problematização diferencia-se de outras metodologias de mesmo fim, e consiste em problematizar a realidade, em virtude da peculiaridade processual que possui, ou seja, seus pontos de partida e de chegada; efetiva-se através da aplicação à realidade na qual se observou o problema, ao retornar posteriormente a esta mesma realidade, mas com novas informações e conhecimentos, visando à transformação. “Trata-se de uma concepção que acredita na educação como uma prática social e não individual ou individualizante” (BERBEL, 1998a, p. 36).

A Metodologia da Problematização dá sua contribuição à educação, ao possibilitar a aplicação à realidade, pois desencadeia uma transformação do real, acentuando o caráter pedagógico na construção de profissionais críticos e

participantes. Portanto, “dessa maneira, completa-se o ‘Arco’ de Maguerez, cujos resultados podem estar sugerindo o reiniciar de muitos outros arcos” (BERBEL, 1995, p. 16). A Metodologia da Problematização passa a ser mais que um método, pelo exercício intelectual e social, que permite enxergar e transformar a realidade com maior criticidade.

Fecha-se, dessa maneira, o Arco de Maguerez, com o principal intuito de levar os alunos a uma prática de ação – reflexão – ação, ou seja, aprenderem o conteúdo de maneira crítica e reflexiva partindo de sua própria realidade social.

Constata-se, então, que a Metodologia da Problematização é uma maneira de ensinar a partir de um problema detectado na realidade e seu principal objetivo é preparar o estudante para que ele possa atuar na sociedade e, na medida do possível, melhorá-la. Ainda segundo Berbel (1996):

Com todo o processo, desde o observar atento da realidade e a discussão coletiva sobre os dados registrados, mas principalmente com a reflexão sobre as possíveis causas e determinantes do problema e depois com a elaboração de hipóteses de solução e a intervenção direta na realidade social, tem-se como objetivo a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão. Está presente, nesse processo, o exercício da práxis e a possibilidade de formação da consciência da práxis (p.7-17).

Observa-se que a Metodologia da Problematização busca, concomitantemente, ensinar os conteúdos e formar cidadãos críticos e reflexivos, os quais sejam capazes de conviver em sociedade e cooperar constantemente para a sua melhoria. Em virtude do exposto verificamos que o presente projeto de intervenção se encaixa perfeitamente na Teoria de Maguerez.

3. MÉTODO

Metodologia é descrita por Rodrigues (2007), como um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática. O que orienta a importância das alterações metodológicas na pesquisa científica.

Salientando que o projeto de intervenção é uma proposta de ação a partir da leitura da realidade, considerando o contexto nas suas várias expressões: social, político, ideológico, cultural, econômico e político. Devendo estar conectado com o projeto ético, político da profissão e instituição, tendo subjacente a concepção teórica metodológica. É um importante instrumento para dar visibilidade ao fazer profissional, bem como para a negociação das ações no âmbito institucional. Considerando o levantamento de demandas e as ações de enfrentamento propostas, o projeto explicitará o instrumento técnico operativo a ser utilizado, (PRADO 2012). Assim sendo o projeto em seus passos tem um eixo contínuo.

Atualmente, muitas são as tendências e metodologias educacionais estudadas, pesquisadas, experimentadas e aplicadas ao ensino no país, não muito diferente do que tem ocorrido em âmbito internacional. Contudo percebe-se que tem havido um avanço nas tecnologias educativas, principalmente se for considerado que, simultaneamente, alternativas mais tradicionais de educação têm sido questionadas e outras têm surgido, as quais possibilitam e demonstram maior atenção e interesse pelo dinamismo existente nos campos e nas ciências social, política, educacional, religiosa, entre outras (SCHAURICH; CABRAL; ALMEIDA, 2007).

A tecnologia que melhor define o resultado que se espera alcançar é que o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido, sendo assim característica da Tecnologia de Concepção (BRICENÕ- LEÓN, 1996).

O estudo foi realizado no Hospital da Mulher Mãe Luzia (H.M.M.L.), que foi inaugurado em 13 de setembro de 1953, e cujo nome homenageia uma mulher descendente de escravos, lavadeira e parteira tradicional. Conquistou o título de Hospital Amigo da Criança em 2002, dispõe de Banco de Leite Humano e adota o Método Canguru. E em 2011 aderiu a Rede Cegonha (SAME, 2013).

O Hospital da Mulher Mãe Luzia é referência estadual em atendimento a mulher e ao neonato, sua missão é prestar assistência de qualidade humanizada às

usuárias em tratamento gineco-obstétrico, vítimas de violência sexual e ao neonato. Direcionando a promoção da vida e a satisfação das usuárias e familiares, bem como, a implementação de processo do trabalho para o desenvolvimento dos profissionais de saúde.

H.M.M.L. é um estabelecimento público de gestão estadual, classificado como hospital de médio porte, possuindo atualmente 152 leitos ativos (139 leitos cadastrados no CNES/ 2012), destes 101 leitos são classificados como leitos obstétricos e 51 destinados à neonatologia.

O Serviço de Neonatologia dispõe de 51 leitos ativos, sendo 16 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), destes 02 de isolamento (05 cadastrados no CNES/2012), 18 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 06 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

No tocante aos leitos de UCIN, existem 18 leitos de UCINCo e 06 leitos de UCINCa, não cadastrados. Os leitos obstétricos são distribuídos nas seguintes clínicas: 16 leitos de Gestação de Alto Risco – GRA, 02 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica, 15 leitos de clínica de tratamento gineco-obstetrico, 35 leitos de alojamento conjunto, para os partos de risco habitual, 19 leitos para alojamento conjunto de partos cesarianos e outras cirurgias gineco-obstetricas. 08 leitos no pré-parto.

O H.M.M.L. presta atendimento de urgência e emergência gineco-obstétrica, assistência à mulher vítima de violência sexual; condições de aborto legal previstos em lei, ambulatório de pré-natal de alto risco, bem como assistência ao recém-nascido de baixo risco, risco intermediário e alto risco, para todo o Estado do Amapá e para a demanda espontânea da população ribeirinha do Estado do Pará.

O Hospital da Mulher Mãe Luzia há 60 anos atende demanda materna e neonatal no Estado do Amapá, ao longo dos anos, este vem gradativamente passando por algumas mudanças estruturais e na apresentação de novos serviços, condição essa necessária para que esta maternidade possa se adequar às novas normas operacionais para o atendimento do binômio.

Em 2012 a instituição realizou 6.678 partos/ano, destes 4.479 foram normais e 2.199 foram cesarianas.

Por ser a única maternidade de referência de alto risco materna e neonatal e também de parto de risco habitual pública no Estado, atende todos os pacientes da

capital e dos demais municípios, considerando que alguns desses não realizam partos por diversos fatores, como por exemplo: infraestrutura inadequada, ausência de leitos de Gestação de Alto Risco e UTI Neonatal. Atende ainda a população ribeirinha originária do estado do Pará e toda a população indígena, acarretando em superlotação da maternidade.

O projeto foi desenvolvido no período de fevereiro a març o de 2014, levando em consideração as seguintes etapas:

- Autorização prévia do H.M.M.L. (ANEXO I)
- Reunião prévia com as gestantes incluídas no projeto, onde se explicou os objetivos do projeto, e como se daria suas etapas.
- Entrega e explicação do Termo de Consentimento para a paciente e seus familiares, em caso de gestantes menores de idade.
- Realização de roda de conversa com as gestantes e familiares, explicando o projeto, a visita monitorada e o fluxo da unidade neonatal.
- Encaminhamento das grávidas   Unidade Neonatal, acompanhadas por uma equipe, composta de: Enfermeiro da Unidade Neonatal, Enfermeiro do Alto Risco, Assistente Social, psicólogo, a fim de apresentar a referida unidade e suas tecnologias para o reestabelecimento da saúde do neonato.
- Visita realizada por grupos de 4 gestantes cada, no setor acompanhadas da equipe multiprofissional.
- A realização da reunião do grupo sobre a visita a UTI neonatal, dirimindo suas d vidas sobre o local.

As participantes foram as gestantes internadas no Alto Risco do H.M.M.L, com diagnósticos de patologias com determinantes de longa hospitalização e de nascimento prematuro, onde possivelmente o RN necessitaria de cuidados em uma unidade neonatal após o nascimento, como Aminiorrex prematura, Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), Síndrome Hellp, Diabetes Gestacional, e as outras gestantes que desejaram participar.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o término dos encontros, houve a avaliação dos mesmos para adequar para melhor execução das atividades posteriores. Para tanto, a avaliação foi ordenada em três pontos. A seguir:

Um dos objetivos do grupo é desenvolver temas que possibilitem abordagens multiprofissionais. Observou-se que este objetivo foi alcançado, visto que, a estrutura de roda de conversas com posterior visita, permitiu construção coletiva, respeitando o saber das gestantes e ofertou de forma rica, os saberes técnicos.

No primeiro encontro ressaltou-se a presença da maioria dos profissionais que atuam no HMML, tanto na assistência à gestante de alto risco quanto na assistência ao neonato. Como enfermeiro da UTI NEONATAL, Enfermeiro do Alto Risco, Assistente Social, Psicólogo de ambos os setores. Para tanto é fundamental estimular a participação, sempre que possível, de outros profissionais de várias áreas e a assim tornar os encontros mais ricos de informação, de troca, de aproximação e de exposição do que é a internação do neonato na UTI Neonatal.

Contudo, ainda é necessário divulgar o Projeto a fim de que a equipe do HMML o conheça e seja um parceiro a motivar e participar dos próximos encontros e contribuir para sua melhoria.

A proposta de roda de conversas com posterior visita a UTI Neonatal, foi executada em todos os encontros. De acordo com a avaliação dos usuários os temas abordados foram úteis para desmistificar o ambiente da UTI Neonatal e proporcionando o esclarecimento de dúvidas. Contudo, na mesma avaliação houve a proposta de encontros mais dinâmicos, e menos demorados, para a grávida não ficar cansada durante a visita para que propicie a participação mais ativa destas. Outro ponto importante é tornar as informações técnicas mais acessíveis com explicações simples, sempre que possível.

É sabido de todos, que atuamos em um espaço público e como tal possui limitações que impossibilitam a ação de um trabalho ideal, contudo, foi fundamental o apoio do diretor do HMML para o início dos trabalhos.

A avaliação dos encontros demonstrou a inadequação do espaço e dos assentos, o que gera pouca concentração, desconforto a demora diminui o interesse em participar dos próximos encontros e desmotivação da equipe.

Mesmo diante dos esforços é preciso buscar alternativas, visto que, com o desenvolvimento dos encontros em havido o crescimento na participação, o que aponta o bom êxito de nosso trabalho em grupo.

Tornar o grupo mais eficiente e mais atraente necessita em parte de um espaço físico confortável, para melhor acolher as gestantes.

Mesmo diante das limitações, da pouca estrutura e início de uma nova abordagem, a equipe demonstrou muito compromisso na acolhida, responsabilidade na organização e planejamento da visita e acima de tudo é gratificante ler e ver que as gestantes e familiares saem dos encontros mais detentores de informação, mais confiantes ou mais tranquilos pela oportunidade de conhecer um pouco mais dos serviços ofertados na UTI Neonatal, para recuperação da saúde do neonato, e de serem ouvidos e de terem voz.

Possibilitar as grávidas essa oportunidade torna o grupo válido e promove o desenvolvimento de um trabalho mais tranquilo e participativo. E todo esse trabalho só pôde ser realizado e está sendo construído pelo compromisso e credibilidade dos que estão atuando ativamente junto ao grupo.

De acordo com Centa *et al.* (2004) durante a gravidez, os pais vivenciam expectativas e sentimentos ambivalentes, face ao nascimento do filho, ao mesmo tempo em que desejam um filho saudável, demonstram temor do nascimento de um filho doente ou malformado.

No entanto, quando a criança nasce com algum problema em sua saúde, necessitando ser encaminhado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o casal sofre, chegando diversas vezes ao momento de crise, isso ocorre ao passo que os pais desejam que seu bebê seja saudável, desconhecem a patologia da criança e a própria UTIN, não recebem o apoio necessário da equipe profissional, e apresentam medo perante a possibilidade de morte, entre outros fatores.

Para Ferreira *et al.* (2009), a hospitalização ocorrida no período neonatal promove a separação da díade mãe-filho, a poucos minutos do pós-parto. Isto implica o surgimento de sentimentos como apreensão e indignação, necessitando serem trabalhados pela equipe cuidadora do serviço de saúde, no decorrer do período de internação do seu filho.

O cuidado centrado na família se constitui de uma filosofia que reconhece e respeita o papel que a família desempenha na vida da criança, bem como procura identificar as preocupações, prioridades e recursos dessa família, estimulando-a a encontrar força, por meio de estratégias de apoio, para o desempenho do seu papel natural de cuidador. Fundamenta-se em uma parceria mutuamente benéfica entre os envolvidos no cuidado do bebê-mãe e demais membros da família, assim como profissionais de saúde visando o bem-estar da criança (DITZ; MELO; PINHEIRO, 2006).

Deparando-se com essa realidade, é relevante realizar estudos que busquem conhecer a forma de controle da dor, da ansiedade e da minimização dos efeitos negativos da hospitalização nas UTINs, para que sejam implantadas ações humanistas e de conforto para com os familiares, levando a um maior bem estar, e que existem recursos, para implementação dessas ações, que visem criar a capacidade da transformação, a superação de obstáculos e sua reintegração social.

Assim, diante da importância de se estudar o cuidado desenvolvido nas UTINs, esse estudo se justifica por perceber que a participação da família do neonato na Unidade de Terapia Intensiva facilita e melhora o processo de cuidado, deixando os familiares mais tranquilos e participantes, e que se fazem necessárias pesquisas para contribuir na expansão do conhecimento científico, além de conhecer o que a literatura está enfocando sobre a experiência familiar com RNs em UTINs.

Em todos os encontros foram registrados em livro ata, com posterior roda de conversa para dirimir quaisquer dúvidas sobre a visita.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização deste projeto de intervenção, pode-se observar que a experiência vivenciada pelas gestantes acerca do universo da UTI Neonatal e de ter a possibilidade de ter um filho hospitalizado em uma UTIN é um momento que poderá ser caracterizado por muita tensão e medo, abalando a estrutura da família. Desta maneira, é relevante que a equipe profissional se sensibilize, observando a importância dos familiares para o desenvolvimento e melhora da criança. O primeiro passo para que isso ocorra é passar a aceitar e programar ações de permanência da família junto ao RN, e desmistificar o que seja o ambiente da UTI Neonatal.

Quanto à equipe de multiprofissional, ela deve promover o envolvimento da gestante bem como da família com os cuidados aos neonatos, oferecendo informações e orientações, intermediando sobre o processo de cuidar. A equipe deve proporcionar momentos de conforto e orientação sobre tratamentos aplicados e resultados esperados para os familiares, para que haja redução do medo, ansiedade, tristeza, desespero e dificuldades, já que a presença familiar é de suma importância para o desenvolvimento e crescimento da criança.

Deste modo, este projeto demonstrou que a partir do conhecimento prévio deste ambiente, os sentimentos, o medo do desconhecido se tornam menos impactantes, promovendo assim uma maior interação equipe com a grávida se o seu recém-nascido vier a ser hospitalizado, e para que os profissionais que participam do cuidado a essa criança possam refletir sobre a importância da família inserida neste tipo de unidade hospitalar.

REFERENCIAS

ALENCAR, E. M. L.; FLEITH, D. S. **Contribuições teóricas recentes ao estudo da criatividade**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v19n1/a02v19n1.pdf>. Acesso em: 22desetembrede2012.

ALENCAR, E. M. L. S. **Criatividade no contexto educacional: três décadas de pesquisa**. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 23, n. especial, p. 45-49, 2007.

BARRETO, R. M. **Criatividade no trabalho e na vida**. São Paulo: Summus, 1997.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. *Semina: Ciências Humanas e Sociais*, Londrina, v. 16, n. 2, p. 9-19, out. 1995.

_____. **Metodologia da Problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da práxis**. *Semina*: v.17, n. esp., p.7-17, 1996.

_____. **Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior**. Londrina: EDUEL, 1998a.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

Briceño-León, R. Sete teses para a Educação em Saúde e Participação Popular. *Cad. Saúde Pública*, v. 12; n.1. Rio de Janeiro jan/mar. 1996

COLOMBO, A. A; BERBEL, N. A. N. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores**. . *Semina: Ciências Humanas e Sociais*, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, 2007

COSTA, M.C. *et al.* Gestação de Risco: percepção e Sentimentos das Gestantes com Aminiorrex Prematura. **Revista Eletr nica cuatrimestral de enfermeira**. n.20, 2010. Disponível em: http://sielo.iscii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica5.pdf. Acesso em 10/02/2014.

FERREIRA, L; VIEIRA, C.S. A influência do método mãe canguru na recuperação do recém-nascido em unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. **Acta Scientiarum Health Sciences**. v.01, n. 25, p.41-50, 2003. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2250/1470>>. Acesso em: 17 dez. 2013.

FREIRE, P. **Professora sim, tia não**: cartas a quem ama ensinar. 6. ed. São Paulo: OlhoD'Água, 1997.

MITRE, S.M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, suppl. 2, p. 2133-2144. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 20.03 2012.

PRADO, M.L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc. Anna Nery [online]. 2012, vol.16, n.1, p. 172-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000100023&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 15 março 2012.

REIBNITZ, K. S.; MONTICELLI, M.; REZENDE, A. L. M. de. **Criatividade**: definições, elementos e potencial criativo. In: REIBNITZ, K. S.; HERR, L.; SOUZA, M. de L. (Org.) O processo de educação no trabalho – a reflexão da prática. Florianópolis: UFSC; CCS; NFR; SPB, 2000.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. do. **Criatividade e relação pedagógica**: em busca de caminhos para a formação do profissional crítico reflexivo. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003 jul/ago; (4): 439-442.

ROCHA, R. **O método da problematização: Prevenção às drogas na Escola e o combate a Violência**. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2008

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. Pracambi. FAETE/IST, 2007.

SCHAURICH, D; CABRAL, F. B; ALMEIDA, M. A. Metodologia da Problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivo no PROFAE/RS^a. **Esc Anna Nery R Enferm** 2007 jun; 11 (2): 318 - 24.

APENDICE A: REGISTRO DOS ENCONTROS









APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____, portadora do RG _____, nascido em: _____/_____/____ e domiciliado à

município de _____. Declaro que consinto em participar como voluntário do projeto **“PROJETO DE INTERVENÇÃO: VISITA MONITORADA À UTI NEONATAL PELAS GESTANTES INTERNADAS NA ENFERMARIA DE ALTO RISCO.**

O projeto possui como objetivo geral proporcionar a visita monitorada com orientações à gestante de alto risco na unidade neonatal. E como objetivos específicos: desmistificar a unidade neonatal para as gestantes; esclarecer o funcionamento da unidade neonatal com suas rotinas e processos de tratamento, visando reduzir estresse e ansiedade da gestante; colaborar/ contribuir com a melhoria dos serviços institucionais.

O projeto tem como pesquisadora a Enf^a Nádia Cecília Barros Tostes (telefone: 096 8133-8757), Enfermeira da Unidade Neonatal, sob orientação da Prof.^a Márcia Teles. Declaro que fui satisfatoriamente esclarecida que: a) O estudo será realizado a partir de visita monitorada, e roda de conversa b) que não haverá riscos para minha saúde; c) que posso consultar a pesquisadora responsável a qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida d) que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isso; sem que isto leve a qualquer penalidade, nem represálias de qualquer natureza. e) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que, estes últimos só serão utilizados para divulgação em documentos científicos sem a minha identificação; h) que esta pesquisa é importante, para o melhor entendimento e, eventualmente, contribuir com uma provável melhoria no atendimento executados pelo Hospital da Mulher, no que diz respeito ao atendimento das mulheres que necessitam dos serviços prestados por este setorial; i) que posso ser beneficiada com esta pesquisa em uma futura gravidez que necessite de um atendimento especializado neste hospital, assim como em cuidados a serem tomados durante a gestação. Diante do exposto, concordo em participar do projeto de pesquisa em questão.

Macapá-Ap, ____ de _____ de 2014.

Voluntário

Pesquisador

Orientador

