

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**JALVA MARIA DO SOCORRO COSTA VULCÃO**

**GRUPOS DE APOIO ÀS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: VÍNCULOS E DESAFIOS**

**FLORIANÓPOLIS - SC**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**JALVA MARIA DO SOCORRO COSTA VULCÃO**

**GRUPOS DE APOIO ÀS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: VÍNCULOS E DESAFIOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Materna, Neonatal e Lactente, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Me. Janaina Carvalho Braz**

FLORIANÓPOLIS - SC

**2014**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado *Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal: vínculos e desafios* de autoria da aluna Jalva Maria do Socorro Costa Vulcão foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Materna, Neonatal e Lactente.

---

**Profa. Me. Janaina Carvalho Braz**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta obra a todos que de maneira direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, em especial a Deus, pois ele me deu vida, saúde, inteligência e força para a concretização deste sonho, sem ele nada poderia fazer. Obrigada Senhor por mais uma conquista em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que merece todo o mérito deste trabalho, sem ele não chegaria até aqui, pois sempre estive do meu lado, me confortando e fortalecendo nos momentos de dificuldades.

Aos meus pais, Itamar Araújo e Maria José, que são exemplos de perseverança, humildade e dignidade, e de quem eu sou fã, e aos meus irmãos, em especial, a minha irmã Léa, que sempre me deu força para continuar.

Aos meus filhos Mayane e João, que sempre estiveram do meu lado, acreditando sempre em mim, e são uma benção na minha vida.

Ao Enfermeiro Ivo Melo que me informou da inscrição e acreditou em mim.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Janaina Carvalho Braz pela paciência em tirar minhas dúvidas incansavelmente.

Aos meus tutores, enfermeiros e demais profissionais que atuam na área da saúde que me orientaram, durante esta caminhada.

Enfim a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Meu muito obrigada!

Jalva M. do S. C. Vulcão.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
<b>3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE</b>	<b>12</b>
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>13</b>
<b>5 PLANO DE AÇÃO OU APLICAÇÃO NA REALIDADE</b>	<b>17</b>
<b>6 CRONOGRAMA</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>19</b>

## **RESUMO**

A prematuridade como principal causa da mortalidade neonatal, sendo responsável pela mortalidade perinatal e morbidade neurológica, além de interferir na convivência familiar, no relacionamento, na proximidade, nos cuidados e na amamentação. Este trabalho tem como objetivo envolver os pais e a equipe multiprofissional no cuidado com os RNs dentro da UTIN. Será realizada roda de conversa com a equipe multiprofissional (fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, médico, enfermeiro, fonoaudiólogo e técnico de enfermagem) e familiares/acompanhantes dos bebês internados na UTIN. Os encontros serão gravados em gravador de voz para identificar a situação e os problemas vivenciados pelos pais. As principais temáticas serão dialogadas nos próximos encontros do grupo.

Plavras-chave: Neonatal, Prematuro, Equipe multiprofissional.

## 1 INTRODUÇÃO

As reduções da taxa de mortalidade infantil foram importantes avanços de muitos países. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que as taxas de mortalidade infantil declinaram no período de 1990 a 2000, em torno de 50%, na maioria dos países europeus, nas Américas e no Caribe, acompanhadas de reduções da ordem de 35% na Ásia e de 20% na África, no mesmo período (UNICEF, 2009).

No Brasil, a mortalidade infantil permanece acima dos valores referentes aos países desenvolvidos, embora tenha experimentado importante redução no período de 1990 a 2008, de 47,1% para 17,7% por 1000 nascidos vivos. Na Região Nordeste, o Estado de Alagoas destaca-se por importante redução neste indicador em 17 anos (1994-2011) de 75,8% para 17% por 1000 nascidos vivos, segundo as taxas estimadas com os dados informados ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e corrigidos por fatores obtidos na Pesquisa de Busca Ativa realizada na Amazônia Legal e no Nordeste (DATASUS, 2012).

As maiores proporções de mortes infantis ocorrem em período neonatal, isto é nos primeiros 28 dias de vida. Em 2007, de uma estimativa de 9,2 milhões de morte de crianças menores de 5 anos em todo o mundo, 40% ocorreram no período neonatal. Em muitos países em desenvolvimento as mortes de recém-nascidos respondem por 50% das mortes ocorridas nos primeiros anos de vida, sendo que a maioria ocorre nos primeiros dias de vida (UNICEF, 2009).

Estudos apontam a prematuridade como principal causa da mortalidade neonatal, sendo responsável por cerca de 80% de mortalidade perinatal e 50% de morbidade neurológica. Tais morbidades neurológicas não são implicações imediatas, porém podem durar para o resto da vida (REZENDE, 2005). Além disso, a prematuridade também interfere na convivência familiar, no relacionamento, na proximidade, nos cuidados e na amamentação. As mães, ao se defrontarem com a vivência da hospitalização de seu filho, se deparam com as impossibilidades citadas e mostram-se ansiosas, com dúvidas e dificuldades diante dessa realidade (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

O conceito de prematuridade inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (BITTAR; ZUGAIB, 2009; ROCHA et al., 2006).

A experiência de ter um filho prematuro hospitalizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um momento de crise para a família envolvida nessa situação, em especial para a mãe em seu pós-parto. O acesso oportuno a um conjunto de intervenções obstétricas e neonatais adequadas poderá reduzir a incidência de alguns agravos e uma maior sobrevida de RNs de risco prematuros (SANTOS; OLIVEIRA; BEZERRA, 2006).

Nos últimos anos observou-se aumento considerável da sobrevida dos prematuros. Sem dúvida, os cuidados intensivos neonatais colaboraram muito com isto, mas os obstetras também tiveram importante participação nestes resultados. O emprego mais frequente do corticosteroide antenatal, os cuidados com a vitalidade fetal anteparto e intraparto e a escolha mais criteriosa da via de parto têm contribuído para a maior sobrevida dos prematuros (NADER; COSME, 2010).

Além disso, nas últimas décadas, o governo brasileiro implantou diversas medidas de intervenção visando reduzir a taxa de mortalidade neonatal. Entre essas ações, destacam-se a qualificação da assistência pré-natal e ao parto e a sistematização da assistência ao recém-nascido na sala de parto e na unidade neonatal (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011).

Estudos mostram que o comportamento de apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato entre mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal. Existem evidências de que, em circunstâncias favoráveis, as mães podem assumir o cuidado de seus filhos prematuros, cuidando deles de forma competente, criando vínculo tão forte quanto às mães de RNs nascidos a termo (SCOCHI, 2003; RABELO, et al. 2007).

Estes resultados demonstram a responsabilidade que a equipe multiprofissional envolvida no cuidado deve ter, pois o período neonatal é a fase em que se fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho, mas, quando o RN precisa ser encaminhado para uma UTIN, logo após o parto, esta ligação fica prejudicada. A equipe de enfermagem deve ajudar os pais a começarem a estabelecer vínculo com seu filho durante a internação na UTIN (SANTOS, et al. 2006; SIQUEIRA; DIAS, 2011). Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde que atuam na UTIN incentivar a participação dos pais, para que estes possam superar as dificuldades vivenciadas com o nascimento do seu filho prematuro.

Atualmente, os profissionais de Enfermagem das Unidades de Neonatologia, se preocupam com a assistência destinada aos pais, buscando a participação deles nos cuidados desses neonatos. Muitas vezes, observa-se que há necessidade de orientação para as mães acerca dos cuidados domiciliares após a alta hospitalar. As orientações são necessárias para que a mãe

contribua na recuperação da saúde da criança (SANTOS; OLIVEIRA; BEZERRA, 2006; RABELO et al. 2007).

Dessa forma, o suporte emocional e psicológico deve fazer parte da assistência à mulher, especialmente àquelas propensas a adversidades na gravidez, em especial, neonatos com peso de nascimento inferior a 2.500 gramas e consequentes hospitalizações em UTIN (SOUZA, et al. 2007).

Nesse contexto, considera-se que o advento da tecnologia ocasionou um aumento significativo na sobrevivência de neonatos prematuros em UTIN. Porém, é importante que o foco da atenção profissional esteja voltado não somente para a priorização do atendimento às necessidades biológicas dos RNs, mas às necessidades psicológicas e emocionais dos pais, em particular das mães, que enfrentarão diretamente a rotina da UTIN (ARRUDA; MARCON, 2007).

Logo, reconhece-se a importância da criação de espaços, onde as mães possam expressar as demandas relacionadas a si mesmas e ao momento vivido, que favoreçam a diminuição do estresse psicológico durante a internação e a formação de uma rede de apoio com outras mães que vivenciam a mesma situação e dessas com os profissionais de saúde (DUARTE et al 2013). Além disso, esses espaços contribuirão para um cuidado humanizado e integral serão utilizados para promover ações de educação em saúde (VASCONCELOS, 2008).

Em muitos lugares as atividades lúdicas, de lazer, educativas e grupos de apoio direcionados à mãe já são utilizados como estratégias para aliviar tensões, compartilhar informações e experiências e favorecer a socialização em instituições hospitalares que prestam assistência a recém-nascidos pré-termo ou doentes. Pode-se citar como exemplo de instituições que desenvolvem esse trabalho no Brasil, o Hospital Sofia Feldman (HSF), em Belo Horizonte, o Hospital das Clínicas de Pernambuco e o Hospital Prontolina, em Pernambuco. No Hospital Sofia Feldman são realizadas, junto às mães que acompanham a hospitalização de seus filhos, atividades em grupo com vistas à construção de uma atenção integral à mulher e à criança, conforme definido em sua missão institucional (DUARTE et al 2013).

Diante do exposto, percebe-se a importância da participação dos pais e familiares no cuidado à saúde de RNs, internados em UTN, uma vez que se observa a dificuldade dos pais para a compreensão das informações clínicas dadas, apresentando insegurança no cuidado, questionamentos de procedimentos e apoio emocional durante o período de internação. Surge

então, o interesse em desenvolver um trabalho multidisciplinar voltado ao período de internação, que envolva os pais/familiares/equipe multidisciplinar. Logo, este trabalho tem como objetivo envolver os pais e a equipe multiprofissional no cuidado com os RNs dentro da UTIN, para que o foco da atenção profissional esteja voltado não somente para a priorização do atendimento às necessidades biológicas dos RNs, mas também, às necessidades psicológicas e emocionais dos pais.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Envolver os pais e a equipe multiprofissional no cuidado com os RNs dentro da UTIN.

### 2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Acolher os pais dos RNs internados na UTIN
- ✓ Esclarecer dúvidas aos pais de RNs internados dentro da UTIN
- ✓ Reunir com os pais de recém-nascidos internados na UTI juntamente com a equipe multiprofissional

### 3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

O Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML) atualmente conta com leitos de parto normal, cesáreo, berçário, e leitos de UTIN e de Unidade de Cuidados Intermediário (UCI). Os pais acompanham seus filhos dentro da UTIN, durante 24 horas por dia, o que contribui positivamente na recuperação das crianças, que se torna mais rápida, aumentando a sobrevida, principalmente dos prematuros, conforme afirmam estudos científicos (FILHO et al., 2009; BRASIL, 2011).

Além disso, a experiência profissional permite observar que antes da implantação da UTIN, os pais não acompanhavam seus filhos por 24 horas e os óbitos neonatais de prematuros extremos eram maiores.

Notou-se ainda, que quando os pais não acompanhavam seus filhos por tempo integral, a maioria dos RNs prematuros extremos ia a óbito antes de completar 48 horas de vida. Atualmente, percebe-se que a sobrevida dos prematuros extremos da UTIN aumentou significativamente, visto que RNs que nasceram com 24 semanas de gestação já obtiveram alta e, além disso, as sequelas foram mínimas ou inexistentes.

A literatura revela que a presença dos pais como acompanhantes, diminui o estresse, angústias provocados pela internação nesta população, além disso, aumenta o vínculo entre mãe/filho (SIQUEIRA; DIAS, 2011; BRASIL, 2011).

Nesse contexto, faz-se necessário um trabalho de grupo, no qual possam ser realizados orientações e acompanhamento destes pais pela equipe multidisciplinar, uma vez que a maioria dos acompanhantes é despreparada com relação ao cuidado com seu bebê. Dessa forma, surge o interesse em realizar este trabalho, entendendo que tais ações contribuirão para uma assistência de qualidade aos RNs.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O universo que abrange a hospitalização é imenso, esta envolve o RN, o profissional e a família, além disso, o tempo da hospitalização depende da patologia de cada RN, podendo estender-se de dias a meses. Tal fato, no período neonatal, implica na separação do binômio mãe-filho logo após o parto, ocasionando sentimentos como medo, apreensão, indignação, entre outros, que precisam ser trabalhados pela equipe multiprofissional durante todo o processo de internação (FERREIRA et al., 2009).

Muitos são os motivos que levam um RN a ser internado na UTIN, como doenças cardíacas congênitas, doença da membrana hialina, asfixia, infecção neonatal precoce e principalmente a prematuridade e baixo peso ao nascer.

O nascimento de um RN antes do termo caracteriza uma experiência desgastante e desafiadora, ocasionando profundas mudanças na dinâmica familiar. Diante do risco de morte do RN, os pais desencadeiam uma série de sentimentos de culpa, ansiedade, preocupação e confusão. Soma-se a isto, o fato de a mãe não desenvolver o contato e amamentação de seu filho precocemente (BÁRBARA; RODRIGUES, 2010).

A prematuridade, decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis em todos os lugares e classes sociais, afeta diretamente a estrutura familiar, alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade (RAMOS; CUMAN, 2009).

O nascimento de um RN prematuro com muito baixo peso configura situação de “crise psicológica” na família, especialmente para a mãe. Essa é uma situação imprevisível, geradora de sentimentos de impotência e estresse, que aumenta a incidência de sintomas de ansiedade e depressão (SCOCH et al., 2003), pois durante a gravidez, desejada ou não, a família sempre espera um nascimento saudável; porém, quando nasce um RN prematuro, todos os sonhos construídos são desfeitos e o nascimento prematuro passa a ser como um golpe para a autoestima materna, principalmente por destituí-la do papel de uma maternidade sadia (ARRUDA; MARCON, 2007). Dessa forma, muitos estudos apontam que a depressão é uma complicação do parto prematuro à puérpera (CORREIA et al., 2008; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

O longo período de internação do RN na UTIN dificulta o estabelecimento do vínculo e apego materno. Essa separação favorece situações de insegurança na mãe em relação à promoção de cuidados ao seu filho no pós-parto. Surge então, insegurança com sentimento de culpa por não

ter tido a capacidade orgânica de gerar um filho saudável. Além disso, a maioria dos prematuros nasce doente e a mãe, nesse contexto, passa a experimentar vários sentimentos inclusive medo, incerteza e angústia (RABELO et al., 2007).

No sentido de minimizar o impacto das consequências imediatas e desfavoráveis para a relação mãe e recém-nascido pré-termo, hospitalizado em UTIN, têm sido propostas mudanças nas práticas de atendimento neonatal. O grupo de apoio psicológico constitui um facilitador de reflexão de sentimentos e de orientação, no qual são oferecidos apoio e proteção à mãe, a fim de que ela possa desenvolver melhores condições de enfrentamento no período de internação do RN na UTIN (CORREIA et al., 2008).

O Ministério da Saúde vem implantando medidas que minimizam os sentimentos de incapacidade das mães em cuidar de seus filhos, mesmo que internados em UTIN. Como exemplo, podemos citar o Método Canguru que é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, proporcionando uma atenção humanizada, com intuito de reduzir o tempo de separação entre mãe e RN, favorecendo o vínculo (BRASIL, 2011).

Além disso, existem diversas Leis no Brasil que garantem a permanência do acompanhante durante a internação para que o vínculo mãe-filho não seja perdido. A portaria nº 930/2012 define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave. O artigo 11º desta portaria diz respeito à Lei do Acompanhante, que descreve que na UTIN deverá ser garantido o livre acesso e permanência da mãe ou pai neste local durante todo período de internação de seu filho, além da garantia de visitas programadas dos familiares e informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo uma vez ao dia, para que sejam cumpridos os requisitos de humanização (BRASIL, 2012).

Outra Lei importante é a 8069/90 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em que podemos citar dois artigos: o artigo 7º coloca que a criança tem direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetividade de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência, e o artigo 10º que fala que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicas e particulares, são obrigadas a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (BRASIL, 1990).

Estudos relatam a importância da presença dos pais durante período de internação do RN. A interação precoce com o RN ainda internado na UTIN mostrou maior desenvolvimento global da criança, sua futura interação social e desempenho escolar (SANTOS; OLIVEIRA E BEZERRA, 2006). Apesar das estratégias para a introdução da família no contexto neonatal serem evidenciadas e garantidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de serem apoiadas pelo Ministério da Saúde, a presença materna na UTIN nem sempre é aceita pelos profissionais de saúde que lá atuam.

Estudos apontam que as relações entre profissionais de saúde e usuárias são geradoras de conflitos e dúvidas. Ainda que não haja obstáculo à participação materna nos cuidados com o filho, percebe-se que falta habilidade para interagir afetivamente, revelando que a equipe da UTIN, não está atenta às dificuldades apresentadas pelas mães ao prestar cuidados ao filho (CONZ et al. 2009).

Os profissionais adotam um apoio formal, com informações insuficientes e uso de linguagem técnica que favorecem a construção de uma realidade distorcida (SOUZA et al. 2007). Isso pode estar relacionado com a rotatividade de profissionais, excesso de trabalho devido a constante superlotação que sobrecarregam a equipe e a conduzem à adoção de tecnicismo.

Nesse contexto, observa-se que apesar da implantação da humanização da assistência nos serviços de saúde, a realidade profissional constatada dentro da unidade distancia-se da proposta de integralidade das ações de saúde, pois não se consegue identificar e compreender as condições de fragilidade emocional das mães de RN internados na UTIN, principalmente os prematuros, devido estas já acumularem o desgaste psicológico decorrente da gravidez de risco. Entende-se que determinados aspectos da participação materna nos cuidados com o RN dentro da UTIN devem ser repensados, implementando medidas que apoiem e definam o real papel materno no cuidado com o RN (SOUZA et al., 2007).

Este fato acima citado, não foge da nossa realidade local, pois no HMML ocorre também uma necessidade de apoio aos pais, para que possam definir o papel destes no cuidado com o RN dentro da UTIN, para minimizar seu sofrimento durante o período de internação e conscientização da equipe multiprofissional quanto a importância dos pais permanecerem dentro da unidade acompanhando seus filhos.

Observando relatos de estudos que tiveram resultados positivos entre pais e profissionais que realizaram trabalho de grupos, onde estes pais adquiriram informações tanto acerca de seus

filhos, como um momento junto das demais companheiras de quarto para expressarem-se, tirarem suas dúvidas, além disso, perceberam nos profissionais pessoas que estão dispostas a ajudar, isso tornou a hospitalização de seus filhos uma experiência de vida, da qual se podem tirar lembranças boas (FERREIRA; SAKITA;CECCON, 2009). Desta forma, surge a necessidade de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de enfermagem trabalharem juntos com os pais dos RNs hospitalizados na UTIN, no que chamamos de Grupo de Pais.

Existem diversos trabalhos de grupos, entretanto, neste estudo abordaremos as rodas de conversas pelo fato de alguns autores relatarem que

as Rodas de Conversa conferiram maior ênfase à educação em saúde como espaço dialógico e solidário, com: ampliação da escuta, participação dos usuários, e relações mais próximas entre profissional e serviço, numa abordagem do campo da educação popular em saúde como potencializadora do cuidado. Todos os profissionais que atuam como mediadores percebem a importância do corpo-a-corpo, da troca de valores e saberes, da força das palavras e gestos, espontâneos ou não intencionais, para a promoção individual e coletiva de saúde, de uma maneira leve, alegre, e ampliada no sentido de estender a atenção além da metragem limitada de um consultório (UCHÔA, p. 304, 2009).

Corroborando com este pensamento, outro autor relata a roda de conversa como uma metodologia bastante utilizada nos processos de leitura e intervenção comunitária, estas consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, onde ocorrem espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e sobretudo escutar os outros e a si mesmos. Tendo como objetivo principal motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação, em que existe um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos dos sujeitos envolvidos (NASCIMENTO; SILVA, 2009).

Nesse contexto, as rodas de conversas podem contribuir na interação entre pais e profissionais de saúde no sentido de esclarecerem dúvidas acerca da situação do RN, orientarem quanto aos procedimentos adotados na UTIN, isto é, um momento de apoio, escuta e aconselhamento aos pais frente as suas angústias, incertezas e ansiedades.

Conforme explanado acima, ações voltadas para um trabalho multidisciplinar humanizado, envolvendo a equipe multiprofissional, com planejamento de intervenções focadas na interrelação, vínculo, afetividade, irão promover e assegurar os direitos do ser humano, reduzir

e amenizar o tempo de internação e capacitar/fortalecer os acompanhantes e familiares nos cuidados com o RN.

## **5 PLANO DE AÇÃO OU APLICAÇÃO NA REALIDADE**

Serão realizadas rodas de conversas com a equipe multiprofissional (fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, técnico de enfermagem) e familiares/acompanhantes dos bebês internados na UTIN. As atividades são realizadas no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), em uma sala interna da UTIN, todas as quintas-feiras, às 16h30min, com duração de aproximadamente uma hora, sendo que as mães de recém-nascidos internados na UTIN são convidadas a participar das rodas de conversa enquanto seus filhos estiverem internados. Será realizado um convite aos pais/acompanhantes e à equipe de profissionais, cuja participação será voluntária, no intuito de promover um espaço de escuta, acolhimento, expressão de ideias e emoções vivenciadas pelos pais e profissionais dentro do ambiente da UTIN.

Nesse sentido, o conhecimento mútuo, a partilha, a identificação de potencialidades e dificuldades presentes na equipe/familiares/acompanhantes-RN, contribuem para o fortalecimento da integração entre pais, profissionais e RNs, o comprometimento, a interação, o estabelecimento de acordos de convivência, além de ser um espaço para orientações sobre o bebê (banho do bebê, higienização) e cuidados de modo em geral.

Os encontros serão gravados em gravador de voz para identificar a situação e os problemas vivenciados pelos pais, isso promove debates e abre possibilidades para novas discussões, produz novas imagens e reflexões para a vida das pessoas. As conversas gravadas serão analisadas pelos mediadores dos encontros, ou seja, a equipe multiprofissional envolvida neste trabalho. É um momento de descobertas e investigações dos principais temas extraídos do cotidiano dos participantes das rodas. As principais temáticas serão dialogadas nos próximos encontros do grupo.

## 6 CRONOGRAMA

### ATIVIDADES

### PERÍODO DE EXECUÇÃO

	11/2013	12/2013	01/2014	02/2014	03/2014	04/2014
Definições operacionais*						
Introdução						
Diagnóstico da realidade						
Teorização/fundamentação teórica						
Plano de ação/aplicação na realidade						
Referências						
Entrega do trabalho final					28/03	
Revisão final do poster e entrega						12/04

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Rev. esc. Enferm.** v. 44, n. 4, 2010.

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com Muito baixo peso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 120-8, Jan.- Mar., 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 2ª edição.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)>. Acesso em: 03 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Ação Social; Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Ação Social [cited 2010 jul 26]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm).

CARVALHO, J. A. V. C. UTI neonatal do ideal para o real – vínculos e desafios. II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

CONZ, C. A.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. Promoção de vínculo afetivo na unidade de terapia intensiva neonatal: um desafio para as enfermeiras. **Ver. Esc. Enferm.**, v. 43, n. 4, p. 849-55, 2009.

CORREIA, L. L.; CARVALHO, A. E.V.; LINHARES, M. B. M. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. **Rev latino-am enfermagem.** v. 16, n. 1, janeiro-fevereiro, 2008.

DUARTE, E. D.; DITZ, E. S.; SILVA, B. C. N.; ROCHA, L. L. B. Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. **Rev Rene.** v. 14, n. 3, p. 630-8, 2013.

FERREIRA, J. C. O. A.; SAKITA, N. K.; CECCON, M. E. J.R. Experiência de Grupo de Pais em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Pediatria.** v. 31, n. 1, p. 20-5, 2009.

- NADER, P. R. A.; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de Fatores sociodemográficos e reprodutivos, espírito Santo, 2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 14, n. 2, p. 338-345, 2010.
- NASCIMENTO, M. A. G.; SILVA, C. N. M. Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiência metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia. **ENPEG, 2009.**
- VASCONCELOS, M. G.L.; FERREIRA, E. B.; SCOCHI, C. G. S. Vivência materna no grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo. **Rev Min Enferm.**; v.12, n.2, p. 167-72, 2008.
- RABELO, M. Z. S. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n.3, p. 333-37, jul/set. 2007.
- SANTOS, F. L. B.; OLIVEIRA, M. I. V. BEZERRA, M. G. A. Prematuridade entre recém-nascidos de mães com amniorrexe prematura. **Esc Anna Nery R Enferm.** v.10, n.3, p. 432 – 8, 2006.
- SCOCHI, C. G. S; et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfrentamento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev Latino-am Enfermagem.**; v.11, n.4, p. 539-43, julho-agosto, 2003.
- SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. D. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de Cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 20, n.1, p.27-36, Brasília, jan-mar 2011.
- SOUZA, N. L. *et al.* Percepção Materna com o Nascimento Prematuro e Vivência da Gravidez com Pré-eclampsia. **Rev. Saúde Pública.** v. 41, n. 5, p. 704-10, 2007.
- UCHÔA, A.C. Innovative care experiences at Family Health Program (PSF): potential and limits. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.299-311, abr./jun. 2009.
- UNICEF-United Nations Children’s Fund. Situação mundial da infância 2009: saúde materna e neonatal. Disponível em:  
<<http://pt.slideshare.net/estrategiabrasileirinhos/situacaomundialdainfancia2009-sowc>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2014.