

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

OZIRINA MARIA DA COSTA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPOTERMIA NEONATAL: UMA
ESTRATEGIA PARA MUDANÇAS NO CUIDADO DA ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

OZIRINA MARIA DA COSTA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPOTERMIA NEONATAL: UMA
ESTRATEGIA PARA MUDANÇAS NO CUIDADO DA ENFERMAGEM**

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

Professora Orientadora: Dra. Roberta Costa

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPOTERMIA NEONATAL: UMA ESTRATEGIA PARA MUDANÇAS NO CUIDADO DA ENFERMAGEM** de autoria da aluna **OZIRINA MARIA DA COSTA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.



Profa. Dra. Roberta Costa
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3 MÉTODO.....	11
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
APÊNDICES.....	20

RESUMO

A hipotermia no recém-nascido, principalmente em pré-termos, é motivo de preocupação dos profissionais da saúde, por ser fator de risco para pior prognóstico, aumentando a morbidade e a mortalidade. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados e as medidas preventivas da hipotermia é fundamental para qualificar a assistência neonatal. O objetivo deste estudo é instrumentalizar os profissionais de enfermagem da sala de parto, unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediário neonatal sobre cuidados para a prevenção da hipotermia no recém-nascido. Foi desenvolvido na Maternidade Dona Evangelina Rosa, em Teresina-Piauí. Foram realizadas seis oficinas em turnos diferentes utilizando metodologias ativas. Participaram 55 profissionais da equipe de enfermagem, sendo que o projeto foi encaminhado para o núcleo de educação permanente da instituição para dar prosseguimento da intervenção educativa. Esta intervenção foi operacionalizada a partir do cenário real da prática diária desses profissionais, permitindo a troca de saberes, favorecendo a participação de forma efetiva dos atores envolvidos e contando com maior adesão dos profissionais. Deve-se, portanto sensibilizar a equipe de enfermagem por meio da educação contínua, com o objetivo de ofertar qualidade de vida ao recém-nascido assistido, diminuindo assim a morbimortalidade, já que manter a temperatura adequada deste recém-nascido é um dos aspectos fundamentais da atenção neonatal.

Descritores: Hipotermia; Neonatologia; Cuidados de Enfermagem; Educação Continuada.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) e de baixo peso. Além disso, muitos Recém-Nascidos (RN) são acometidos de distúrbios metabólicos, dificuldade para se alimentar e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2011a).

A temperatura corporal é o resultado do balanço entre os mecanismos de produção e de eliminação do calor. O controle térmico depende da idade gestacional e pós-natal, do peso de nascimento e das condições clínicas do RN. No RNPT pode ocorrer desequilíbrio desses mecanismos, com aumento nas perdas e limitação na produção. Assim, quanto menor a idade gestacional e pós-natal e pior o estado clínico do pré-termo, maior será a necessidade de suporte térmico ambiental para mantê-lo com a temperatura normal. A capacidade de manter constante a temperatura corporal quando a temperatura ambiental varia é limitada no RN, e o estresse do frio ocorre quando a perda de calor é maior que a capacidade de produção (BRASIL, 2011b).

A hipotermia no RNPT é motivo de grande preocupação, ocorre frequentemente e, é fator de risco para pior prognóstico, aumentando a morbidade e a mortalidade neonatal. Assim, estratégias que previnam a perda de calor podem ter impacto na morbidade e mortalidade do RN, especialmente do pré-termo e, podem melhorar seu prognóstico (BRASIL, 2011b).

Ao nascimento, a transição do ambiente intrauterino, com temperatura em torno de 37,5° C, para o ambiente seco e frio da sala de parto propicia importante perda de calor por evaporação e por convecção. Se não houver intervenção, a temperatura cutânea do RN diminui rapidamente, em torno de 0,3°C por minuto. Essa queda desencadeia resposta termorregulatória mediada pelo sistema nervoso simpático, resultando em produção de calor, porém com grande consumo de energia, o que pode acarretar em perda de peso aumentando o período de internação hospitalar (BRASIL, 2011b).

Porém um ambiente térmico neutro fornece condições térmicas necessárias para assegurar o mínimo do gasto metabólico de energia, utilizando uma quantidade mínima de calor e consumo de oxigênio. A produção de calor é igual a perda, permitindo que o RN mantenha a temperatura corporal estável. Fatores como temperatura do ar ambiente, velocidade do fluxo de ar, umidade relativa e composição de objetos em contato direto com o neonato ou que podem irradiar calor compõem o ambiente térmico neutro, ideal para o RNPT.

O controle térmico ideal é, portanto, aquele em que a temperatura corporal é mantida estável, possibilitando ganho de peso adequado do neonato (TAMEZ, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como faixa de temperatura corporal normal do RN de 36,5 a 37,5°C e classifica a hipotermia em leve: temperatura entre 36,0 e 36,4°C, moderada: temperatura entre 32,0 e 35,9°C, grave: temperatura menor que 32,0°. E considera como fatores de risco para a hipotermia relacionado ao RN: a idade gestacional, o peso de nascimento, a asfixia, a sepse e; relacionadas ao ambiente: a baixa temperatura na sala de parto, o transporte neonatal, o controle inadequado do ambiente térmico (BRASIL, 2011b).

A hipotermia ocasiona à diminuição da produção de surfactante e aumento do consumo de oxigênio e causa diminuição das reservas calóricas, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de insuficiência respiratória. Na hipotermia grave pode ocorrer hipotensão, bradicardia, respiração irregular, diminuição de atividade, sucção débil, diminuição de reflexos, náuseas e vômitos, acidose metabólica, hipoglicemia, hipercalemia, azotemia, oligúria e, algumas vezes, sangramento generalizado, hemorragia pulmonar e até o óbito.

Os RNPTs muito pequenos e os nascidos fora do serviço e submetidos a transporte, merecem atenção devido a maior frequência de hipotermia na admissão e sua associação com óbito. A hipotermia logo após o nascimento ocorre em 25% dos RNPT de baixo peso e atinge cerca de 50% dos RNPT de muito baixo peso e dos menores de 34 semanas de idade gestacional. No estudo multicêntrico EPICure (2000), temperatura inferior a 35°C na admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ocorreu, respectivamente, em 58%, 43% e 30% dos RNPT com 23, 24 e 25 semanas de idade gestacional. A baixa temperatura na admissão é fator de risco para óbito (BRASIL, 2011b).

Diante desse contexto e considerando que em prática diária, como enfermeira da UTIN da Maternidade Dona Evangelina Rosa em Teresina (PI) observo algumas vezes o não seguimento das estratégias de prevenção da hipotermia neonatal preconizadas pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito aos cuidados durante o transporte hospitalar, uso do ar aquecido e umidificado durante a estabilização do RN, o uso de touca e saco de polietileno para o RN menor que 1500g, a amamentação precoce em sala de parto associada ao contato pele a pele, o método canguru, o uso correto da incubadora e outros. Assim, senti-me motivada para realização desse estudo, que tem como **objetivo** instrumentalizar os profissionais de enfermagem da sala de parto, UTIN e unidade de cuidados intermediário neonatal sobre cuidados para a prevenção da hipotermia no RN.

Acredita-se que os resultados obtidos no estudo proporcionarão a implementação de atividades de educação permanente para esses profissionais e uma fonte de informações que subsidiarão a melhoria na qualidade da assistência prestada ao RN, evitando, assim de forma efetiva a hipotermia neonatal e suas complicações.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde no Brasil, é realizada através do uso de metodologias tradicionais sob influência do mecanicismo de inspiração cartesiana newtoniana. Dessa forma, o processo ensino-aprendizagem, na maioria das vezes, reflete a reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que, ao discente, cabe a repetição dos mesmos — como se fosse uma folha de papel em branco, sendo um mero expectador, sem questionamentos ou crítica necessária (MITRE et al., 2008).

No atual contexto do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, com o surgimento e avanço das novas tecnologias, é inadmissível a utilização dessa metodologia dita tradicional para instrumentalização desses profissionais. A atividade educativa deve ser desenvolvida de forma que todos participem e façam reflexões acerca do cuidado dispensado aos usuários.

A busca do saber em enfermagem deve aproximar a prática da teoria, devem ser adotadas estratégias de ensino e práticas pedagógicas inovadoras chamadas Metodologias Ativas (MA). Estas metodologias estimulam os profissionais a constantes reflexões sobre suas ações, considerando a sua realidade. Nesse processo ativo de construção, a atuação do educador não é o único determinante para o sucesso de tais metodologias: os educandos também devem se tornar sujeitos e responsáveis pelo processo (SOBRAL; CAMPOS, 2009).

A MA é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. Esta metodologia propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções (SOBRAL; CAMPOS, 2009).

Hoje temos como destaque dentro do que chamamos de MA: a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Metodologia da Problematização (MP). Na ABP, há a formação de um grupo tutorial, onde o professor apresenta aos alunos um problema pré-elaborado. Os problemas contêm os temas essenciais para que os educandos reflitam sobre sua prática diária. Nesse método, os conteúdos são tratados de modo integrado. Os alunos estudam o problema de forma coletiva e individual e posteriormente, o grupo se reúne

novamente para discutir o problema após embasamento científico do tema. Trata-se de uma proposta que o aluno é o responsável pela aprendizagem. A ABP tem como inconveniente a existência de um cenário de estudo virtual, onde se tenta articular conteúdos pré-definidos o que nem sempre representa uma realidade fidedigna (SOBRAL; CAMPOS, 2009).

Enquanto que a MP, tem seus fundamentos teórico-filosóficos sustentados no referencial de Paulo Freire. É um modelo de ensino voltado para a educação libertadora, que valoriza o diálogo, mostra a realidade e estimula a transformação social através de uma prática reflexiva e crítica. Neste caso, os problemas estudados precisam de um cenário real para que a construção do conhecimento ocorra a partir da vivência de experiências significativas (SOBRAL; CAMPOS, 2009).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um relato de experiência sobre uma intervenção educativa que foi desenvolvida para instrumentalização dos profissionais de enfermagem da sala de parto, UTIN e unidade de cuidados intermediário neonatal da Maternidade Dona Evangelina Rosa em Teresina (PI), sobre cuidados para a prevenção da hipotermia no RN.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo será realizado na Maternidade Dona Evangelina Rosa em Teresina (PI), que é referência para alto risco. Atualmente conta com 239 leitos distribuídos da seguinte forma: 10 leitos de UTI materna, 20 leitos de UTIN, 20 leitos de UCINco, 29 leitos de UCINca, 48 leitos de patologia gestacional e 112 leitos de alojamento conjunto (ALCON).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Na maternidade onde foi desenvolvida a intervenção educativa, a sala de parto conta com 16 enfermeiros e 38 auxiliares/técnicos de enfermagem, a UCINco possui 08 enfermeiros e 28 auxiliares/técnicos de enfermagem, a UTIN conta com 15 enfermeiros e 58 auxiliares/técnicos de enfermagem. Todos com regime de trabalho de 30 horas semanais. Neste estudo, foram capacitados 54 profissionais de enfermagem, distribuídos da seguinte forma: 11 profissionais na primeira oficina, 08 na segunda, 08 na terceira, 08 na quarta, 09 na quinta e 10 na sexta oficina.

3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Foi realizada uma intervenção educativa, utilizando metodologias ativas, com profissionais de enfermagem da sala de parto e unidades neonatais. Esta intervenção foi elaborada a partir das necessidades dos profissionais que atuam nestas unidades e também considerando os registros existentes nas unidades sobre hipotermia no RN.

O período de desenvolvimento do estudo foi de outubro de 2013 a março de 2014. Inicialmente a especializanda realizou um compilamento dos dados, existentes nos

documentos internos da instituição, relativos às condições do RN no momento da admissão na UTIN, tais como temperatura corporal, tipo de transporte, uso de touca e saco plástico.

Após essa etapa iniciou-se a mobilização para convocação dos sujeitos-alvo da prática educativa através de convite escrito, colocado em locais estratégicos, estimulando os mesmos para participarem.

A intervenção educativa foi operacionalizada através de oficinas, realizadas na sala de apoio da UTIN, pela proximidade com as unidades neonatais. Foi disponibilizado ficha de inscrição e ofertadas 60 vagas para 6 capacitações realizadas em dias diferentes e turnos distintos de forma a atender as 6 equipes de enfermagem.

Foram realizadas em seis momentos para contemplar o maior número de profissionais, sendo que três aconteceram durante o período diurno e três durante o período noturno. A duração das oficinas foi de aproximadamente de três horas.

Durante cada oficina, foi entregue ao grupo uma situação semelhante ao que vivenciamos na prática (Apêndice 1), para que após leitura os profissionais identificassem os problemas. Em seguida foram estimulados a pesquisar a teoria sobre o tema. Sendo que a especializanda neste momento, forneceu informações sobre Hipotermia, os fatores de risco, o quadro clínico e as medidas preventivas. Findada a parte da teorização, os profissionais foram estimulados a formular hipóteses de solução para os problemas vivenciados na prática. Ao final da intervenção, foi realizada uma síntese das propostas pelo grupo e facilitador.

Como o número de funcionários é elevado nas unidades em questão, o projeto foi encaminhado ao núcleo de educação permanente para continuidade (Apêndice 2), visto que o treinamento da equipe deve ser permanente.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Como o presente trabalho não é uma pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não sendo utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida). Entretanto, durante a realização das oficinas foram respeitados todos os preceitos éticos, segundo o que determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADO E ANÁLISE

A intervenção educativa é entendida como um método de compartilhar ideias, sendo desencadeada através do processo dialógico e das reflexões sobre a realidade, onde o produto final é o conhecimento (SANTOS, 2014). Assim as oficinas foram realizadas em seis momentos distintos, procurando envolver o maior número de profissionais, sendo que três aconteceram durante o período diurno e três durante o período noturno.

Todo processo foi desenvolvido a partir da realidade vivenciado pelos profissionais da equipe de enfermagem. Este processo ocorrer a partir do diálogo coletivo entre os sujeitos que se encontram para transformar, criar e recriar a realidade onde estão inseridos, através da ação-reflexão-ação (FREIRE, 2009). Inicialmente foi realizada a leitura de uma situação problema, vivenciada cotidianamente pelos profissionais das unidades neonatais, afim de que se iniciasse a reflexão sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais relativas à prevenção da hipotermia no RN. Neste momento, foi solicitado ao grupo que identificasse os problemas existentes na situação e as hipóteses relacionadas com estes problemas.

Em seguida foi realizada a teorização do tema, pela especializanda, buscando apresentar as evidências científicas relacionadas a questão da hipotermia e as principais recomendações acerca do cuidado ao RN. Com isso, buscou-se a aproximação da teoria e da prática, possibilitando um novo olhar para sua realidade. Com isso, os profissionais formularam hipóteses de solução para os problemas vivenciados na prática, com mapeamento dos resultados a serem alcançados, com a finalidade de potencializar mudanças na prática.

Desta forma, a educação permanente pode ser entendida como uma aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se misturam ao cotidiano dos serviços e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de mudanças de práticas profissionais como a vivenciada no estudo. Pode ser traduzida como aprendizagem-trabalho, acontece no cotidiano dos profissionais e das organizações. Realiza-se a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências adquiridas anteriormente. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores levem em conta as necessidades identificadas de saúde (BRASIL, 2009).

A estratégia de ensino através de uma situação vivenciada pela equipe utilizado com a finalidade de potencializar os aspectos significativos do conteúdo evidencia a aplicação da teoria na prática, mediante o uso de habilidades, do entendimento de situações complexas, da

resolução de problemas e da avaliação das decisões (MENDOZA; PENICHE; PUSCHEL, 2012).

Nesse estudo, as estratégias de ensino utilizadas, em relação à prevenção da hipotermia neonatal, foram efetivas uma vez que permitiram integrar o processo de ensino-aprendizagem entre a teoria e a prática. Ao se deparar com a situação-problema apresentada, os profissionais puderam sugerir no grupo de discussão formas de prevenir a hipotermia. Entre as ações elencadas pelo grupo, estão:

- manter a temperatura da sala de parto em torno de 25°C;
- incentivo do contato pele a pele do RN com a mãe;
- durante os primeiros cuidados, colocar o RN sobre fonte de calor radiante, pré-aquecer os campos de recepção do RN, secar e remover os campos úmidos, com o objetivo de que no final da assistência em sala de parto a temperatura axilar do RN esteja em torno de 36,5°C (BRASIL, 2011b).

Ao obter embasamento teórico sobre o tema, os profissionais puderam compreender as formas pelas quais o RNPT pode perder calor e com isso puderam reavaliar sua prática. Assim, o RN perde calor através de:

- condução: ganho ou perda de calor através do contato direto, por exemplo, colocar o RN em uma superfície fria irá esfriá-lo;
- convecção: perda de calor do corpo em contato com um ar mais frio, como em uma sala de parto fria e/ou inclusive a corrente de ar (como em frente ao ar condicionado);
- evaporação: perda de água, convertendo líquido para gás, sendo esta é a principal forma de perda de calor nos RN de peso muito baixo e está ligada a idade gestacional, ou seja, quanto menor a idade gestacional, maior a perda transepidermica. Sendo esta a razão principal para envolver estes RNs em um saco de polietileno. Assim, a recomendação não é secar o RN imediatamente e sim colocá-lo numa bolsa de polietileno (pode ser um saco semelhante ao utilizado no supermercado). Esta modalidade também acarreta em perda calórica para o RN (MARGOTTO, 2009).

Após refletir sobre o conhecimento científico relacionado a hipotermia no RN, os profissionais compreenderam as medidas para evitar a perda de calor. Assim, as ações necessárias são: manter a pele úmida, usar cobertor úmido, secar rapidamente ou envolver em bolsa plástica; evitar ampla área da pele exposta ao frio (podemos cobrir a pele); pré-aquecer a superfície do leito; aumentar a temperatura da sala de parto e de reanimação, reduzir as correntes de ar, manter os RN longe das correntes de ar e transferir para a incubadora o mais rápida possível (MARGOTTO, 2009).

Assim, possibilitar que o RN esteja em uma zona térmica neutra, ou seja, tornar quase nulas as perdas de calor para o ambiente deve ser o principal objetivo da equipe assistencial nos primeiros minutos de vida do RN. A articulação e o bom desempenho da equipe resultam em diminuição das taxas de morbidade e mortalidade neonatal, bem como, na prevenção da hipotermia a través da diminuição dos riscos que esse evento pode gerar (RUSCHEL, 2012).

Enfatizou-se durante a intervenção, a necessidade de adoção de vários procedimentos que evitam a hipotermia em RN, como por exemplo, as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde: aquecimento da sala de parto (temperatura ambiental de 25°C); secagem do RN (RNPT com menos de 28 semanas não secar e colocar em saco de polietileno – que só será retirado na unidade neonatal); contato pele a pele (a depender da idade gestacional e vitalidade do RN); aleitamento materno (a depender da idade gestacional e da vitalidade do RN); adiamento do banho e da pesagem; uso de roupas e colchão aquecidos; manutenção da mãe e bebê juntos; transporte com aquecimento; ressuscitação com aquecimento (BRASIL, 2011b).

Na UTIN e na UCIN, a enfermagem deve estar atenta no tocante à humanização do cuidado e às intervenções de enfermagem: aquecer o RN com incubadora ou berços de calor radiante, mantê-lo sequinho, não abrir a incubadora para realizar procedimentos, usar colchão de silicone no biliberço, manter o umidificador do respirador com água ligada a 37°C, pré-aquecer o leite, controlar temperatura da incubadora ou berço de calor radiante, verificar a temperatura do RN de 3/3 horas e quando necessário (ROLIM et al., 2010).

Assim, a instrumentalização dos cuidadores é fundamental e para que as ações educativas resultem em atitudes que promovam mudanças no processo de trabalho da enfermagem, faz-se necessário que o enfermeiro se envolva no processo de educação permanente de modo a adquirir habilidades e competências, continuamente, tendo em vista o contexto e as necessidades dos cenários de saúde. Além disso, o comprometimento institucional pode facilitar o planejamento e o desenvolvimento das ações educativas, como o que ocorreu na intervenção realizada (CIAMPODE; PERES, 2006).

Ressaltou-se durante as discussões que a equipe de enfermagem deve estar atenta e apta a intervir sempre que houver alguma alteração no tocante à termorregulação. Assim, a importância do “saber -fazer” é fundamental nas intervenções e práticas de enfermagem, já que o conhecimento técnico-científico é o que dá suporte para que as intervenções sejam eficazes e garantam um bom prognóstico (ROLIM et al., 2010).

Cabendo ao profissional, o papel central da aprendizagem, isto é, utilização do conhecimento prévio, para posteriormente ser modificado e ampliado na sua estrutura

cognitiva. Ainda, destaca-se que esse processo foi realizado com profissionais de enfermagem, tendo como facilitadora a pesquisadora, também integrante dessa equipe como mediadora do processo, pois a aprendizagem não se faz isoladamente, mas em parceria e em contato com os outros (MENDOZA; PENICHE; PUSCHEL, 2012).

Os profissionais participaram ativamente de toda intervenção educativa comparando a prática diária com a fundamentação teórica apresentada pela especializanda e elaborando a síntese através da ação-reflexão-ação. Os participantes foram questionadores e a condução do processo de troca de saberes enriqueceram as discussões.

Sabe-se que a mudança de atitude ocorre após a vontade em transformar suas práticas, porque, na perspectiva da teoria da aprendizagem significativa, o indivíduo tem que estar disponível para aprender significativamente, relacionando o conhecimento que já tem com o que deve aprender. Caso contrário, poderá aprender de modo automático, apenas memorizando conceitos de forma arbitrária e literal, o que leva a um rápido esquecimento do conteúdo aprendido e não muda comportamentos (REICHERT et al., 2012).

A intervenção, dessa forma, cumpriu com sua função educativa, à medida que proporcionou aquisição de novos conhecimentos aos participantes do estudo e a motivação para aplicar os novos conteúdos na prática. Apesar das características peculiares do RN e das unidades neonatais, na qual se realiza um cuidado específico e complexo, destaca-se que não basta dominar o conhecimento junto à alta tecnologia existente nestas unidades, é necessário deter atenção particular no cliente em sua totalidade. Para isso, os profissionais devem ser atuantes, aplicar seus conhecimentos e habilidades, exercendo sua capacidade, além de técnica, política e social e de integração com os diversos setores do seu ambiente de trabalho, desde a sala de parto, UTIN e UCIN, dessa forma realizar intervenções educativas conjuntas como a realizada nesse estudo, a partir da realidade da equipe, dá visibilidade aos diversos atores do processo (AGUIAR et al., 2012).

Dessa forma, para que os serviços de saúde promovam a saúde, é necessário trabalho em equipe e que os profissionais compreendam e ampliem sua visão, incluindo-se como autores críticos e participantes do processo de construção e reformulação do cuidado (AGUIAR et al., 2012).

O trabalho de construção coletiva do cuidado provocou um sentimento de pertencimento ao grupo e de valorização a partir da percepção do espaço para serem ouvidos. Despertou a compreensão sobre a importância do envolvimento e responsabilização com sua própria educação profissional e com a mudança de prática (JESUS et al., 2012).

Ao final da oficina foi realizada uma breve avaliação oral das atividades realizadas, que foram caracterizadas como positivas pelo grupo, que sugeriram que a oficina se estendesse para todos os profissionais da instituição, nesse momento foi socializado o envio do projeto para o núcleo de educação permanente da instituição. Em relação à aplicação da metodologia ativa, foi extremamente importante visto que houve a participação efetiva do grupo e a reflexão do processo de trabalho.

Os objetivos da educação permanente, assim como os da atividade, representam uma importante mudança no planejamento e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Propõe inverter a lógica do processo: incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas laborais, coloca os atores como sujeitos reflexivos da prática e construtores do conhecimento, da ação, e não de receptores de conhecimentos, evitando a fragmentação disciplinar, integra equipe e amplia o espaço de troca (BRASIL, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que a intervenção educativa que traz o cenário da prática diária dos profissionais, como a realizada nesse estudo, criando espaços de debates e reflexões sobre o dia a dia do cuidado neonatal, conta com maior adesão dos profissionais e contribui para uma mudança no cuidado, observado após a realização das intervenções.

Assim, percebe-se que foi possível contribuir para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário, sistematizar e uniformar práticas que evitam a hipotermia no cuidado neonatal. A análise da situação favorece a aprendizagem, através da aproximação com o cenário real problematizado, comparando com o cenário ideal, com a finalidade de transformar as práticas existentes.

Foi bastante gratificante vivenciar o planejamento e a execução das oficinas com a participação ativa dos atores envolvidos no processo e contribuir de forma efetiva e organizada com o serviço no qual você está inserido. Realizar um diagnóstico situacional, planejar, executar e avaliar a atividade desenvolvida configurou-se como uma experiência estimulante e enriquecedora, principalmente pela continuidade do mesmo através da educação permanente.

Deve-se, portanto sensibilizar a equipe de enfermagem por meio da educação contínua, já que a manutenção da temperatura adequada do RN é um dos aspectos fundamentais da atenção neonatal. Assim atinge-se o objetivo de ofertar qualidade de vida ao RN assistido, diminuindo assim a morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. S. C. et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p.428-35, Apr., 2012 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde (BR). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Canguru: manual técnico**. 2.ed., 1.reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

CIAMPONE, M.H.T.; PERES, A.M. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.3, p.492-499, 2006.

COSTELOE, K. et al. The EPICure study: outcome to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. *Pediatrics*, [S. l.], v. 106, p. 659–671, 2000.

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

JESUS, M. C. P. et al . Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1229-36, 2011.

MARGOTTO, P.R. **Desafios na Prevenção da Hipotermia na 1ª hora de vida nos recém-nascidos prematuros**. III Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal, Rio de Janeiro, 2009.

MENDOZA, I. Y. Q.; PENICHE, A. de C.G.; PUSCHEL, V. A. de A. Conhecimento sobre hipotermia dos profissionais de Enfermagem do Centro Cirúrgico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. esp., p. 123-29, 2012.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, suppl.2, p.2133-2144, 2008.

REICHERT, A.P. da S. et al. Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1049-1056, 2012.

ROLIM, K. M. C. et al. Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da Enfermeira. **Rev. Rene, Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 44-52, 2010.

RUSCHEL, L. M. **Cuidados com a hipotermia neonatal: uma revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem UFRGS). Porto Alegre, 2012.

SANTOS, S. V. **Guia de prevenção e tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**: uma construção coletiva da equipe de enfermagem. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p.208-218, 2012.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI Neonatal** : assistência ao recém-nascido de alto risco. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Situação-problema

Recém-nascido pré termo de 33 semanas, peso 1395g, comprimento 35cm, nascido em 20/03/2014, às 11:45h, sexo masculino, apgar 9 e parto cesáreo. Não foi realizado reanimação, sendo admitido na UTIN às 14:45h de 20/03/2014. Hipoativo, reativo, corado, PC 28cm, com glicemia de 25mg/dl, saturação 70%, temperatura: 34°C. Chegou sem touca e saco plástico em incubadora de transporte.

- Enumere os problemas encontrados e formule hipóteses acerca da situação apresentada.

APÊNDICE 2

Projeto de educação continuada.

Título do projeto: Curso de capacitação: Cuidados dispensados ao RN para prevenir a hipotermia neonatal.	
Coordenadora do projeto: Ozirina Maria da Costa	
Data Início: 11/02/2013	Data Término 17/03/2013
<p>JUSTIFICATIVA</p> <p>A hipotermia no RN pré-termo é motivo de grande preocupação. Além de ocorrer frequentemente, é fator de risco para pior prognóstico, aumentando a morbidade e a mortalidade neonatal. Assim, estratégias que previnam a perda de calor podem ter impacto na morbidade e mortalidade do RN, especialmente do pré-termo, e podem melhorar seu prognóstico.</p> <p>O elevado número de neonatos de baixo peso ao nascimento constitui um importante problema de saúde e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal, com graves consequências médicas e sociais.</p> <p>O número de RN admitidos na unidade de terapia intensiva neonatal com hipotermia é considerável, de acordo com registros internos da instituição, principalmente pela falta de medidas que comprovadamente diminuem essa condição.</p> <p>OBJETIVO GERAL</p> <p>Instrumentalizar os profissionais de enfermagem da sala de parto e das unidades neonatais sobre cuidados para a prevenção da Hipotermia no Recém-nascido.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os profissionais de saúde da SALA DE PARTO, UTIN, UCIN e UCINCO da Maternidade no cuidado para prevenir a hipotermia. • Contribuir para a melhoria do cuidado dispensado ao recém-nascido. <p>METODOLOGIA</p> <p>Serão realizadas 6 oficinas com os profissionais da maternidade nos turnos manhã e noite com carga-horária de 3 horas cada, onde será entregue ao grupo uma situação em que será elencado pelo grupo os problemas, formulados hipóteses ,pesquisado referencial teórico e</p>	

elaborado um fechamento pelo grupo e facilitador. O conteúdo serão distribuídas da seguinte forma:

CONTEÚDOS

Data	Horário	Tema	Facilitador
12/03/2014	09:00 às 11:20	Hipotermia, Fatores de Risco Quadro clínico Medidas Preventivas	Ozirina
13/03/2014	09:00 às 11:00	Hipotermia, Fatores de Risco Quadro clínico Medidas Preventivas	Ozirina
14/03/2014	09:00 às 11:00	Hipotermia, Fatores de Risco Quadro clínico Medidas Preventivas	Ozirina
17/03/2014	19:00 às 22:00	Hipotermia, Fatores de Risco Quadro clínico Medidas Preventivas	Ozirina
18/03//2014	19:00 às 22:00	Hipotermia, Fatores de Risco Quadro clínico Medidas Preventivas	Ozirina
19/03/2014	19:00 às 22:00	Hipotermia, Fatores de Risco Quadro clínico Medidas Preventivas	Ozirina

CARGA HORÁRIA

Cada capacitação terá 03 horas presenciais em sala de aula.

RECURSOS

- **Recursos humanos**

Especializanda da UFSC

Recursos materiais

Material	Quantidade	Fonte de recurso
Datashow	01	Ed. permanente
computador	01	UTIN

Pincel atômico	02	UTIN
Papel madeira	12	Especializanda
Resma de papel A4	01	Especializanda

Recursos solicitados

Natureza	Valor R\$
Recursos humanos	Especializanda
Recursos materiais	UTIN/Esp
Total	00

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais da saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.