

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGES)**

CLARICE MARTINS LIMA MAEBARA

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO DE OFICINAS EDUCATIVAS
PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM CUIDADO COM O RECÉM-
NASCIDO**

**DOURADOS / MS
2018**

CLARICE MARTINS LIMA MAEBARA

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO DE OFICINAS EDUCATIVAS
PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM CUIDADO COM O RECÉM-
NASCIDO**

Produto final do curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados como exigência final para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Cibele de Moura Sales.

**DOURADOS - MS
27/08/2018**

CLARICE MARTINS LIMA MAEBARA

**ROTEIRO DE OFICINAS EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO**

Produto final do curso de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Cibele de Moura Sales (Orientador)
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Prof. Dra. Lillian Dias Castilho Siqueira
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Prof. Dra. Cristina Brandt Nunes (Externo)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

M16p Maebara, Clarice Martins Lima

Processo de construção de um roteiro de oficinas educativas para profissionais de enfermagem em cuidado com o recém-nascido/ Clarice Martins Lima Maebara. – Dourados, MS: UEMS, 2018.

135p.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Ensino em Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2018.

Orientadora: Prof. Dra. Cibele de Moura Sales.

1. Educação em saúde 2. Recém-nascidos - Cuidados 3. Enfermagem – Educação continuada I. Sales, Cibele de Moura II. Título

CDD 23. ed. - 618.9200231

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento em primeiro lugar a Deus, a quem me deu o dom da vida, e me fez exatamente desse jeitinho, cheia de vontades e defeitos também, mas com uma persistência imensa dentro do coração de nunca desistir de algumas pessoas e situações. E após um período bem conturbado da vida, me fez pensar que eu poderia sim conseguir novamente a chance de realizar um sonho antigo que era cursar o mestrado.

Aos meus pais Kazinori e Edilma, a maior gratidão por serem meu apoio em tudo, por serem minha base e meu exemplo. Por nunca pouparem esforços para que nós, seus filhos, pudéssemos estudar, pois educação sempre foi prioridade. Aos meus irmãos Cecilia que me ajudou em toda parte de desenhos e desing gráfico para que este produto hoje fosse realidade de um jeitinho só meu, e o André que mesmo que distante vivenciou e repartiu comigo durante 2 anos os altos e baixos que uma pós-graduação causa em nossas vidas profissionais e pessoais. À minha sobrinha, Maria Clara, o amorzinho da minha vida, a quem eu digo que é com certeza o meu coração fora do corpo.

Aos meus colegas de turma do Mestrado em Ensino em Saúde da UEMS, que compartilharam de tantos aprendizados, trabalhos, aulas, desafios, alegrias e desesperos nessa árdua jornada que é a decisão de ser mestre.

As queridas e inesquecíveis, Rosangela Pimenta Ferrari e Flávia Lopes Gabani, professora e colega da residência em Saúde da Criança na UEL, hoje ambas são doutoras e docentes do departamento de enfermagem da UEL, e muito além de amigas são exemplo de profissionais e que me estimularam e encorajaram desde o principio a realizar a pós-graduação *scriptu sensu*.

As minhas amigas e companheiras de trabalho Elisângela Luna Cabrera e Alexsandra Gomes Rossi, que tiveram papel determinante e fundamental em minha vida profissional e pessoal. A vivência diária com vocês na UTI neonatal me permitiu não só um crescimento profissional e quanto inter-pessoal sem medidas, pois eu não seria a mesma sem vocês em minha vida.

Ao amor da minha vida, meu melhor amigo, Maycon Robson Pigosso, colega de profissão, quem com um companheirismo sem medidas dividiu plantões, angústias, desafios e alegrias diariamente nestes dois anos e meio, e que conseguiu mesmo em meio a uma vida agitada me estimular e me fazer uma pessoa e uma profissional melhor, a minha eterna gratidão e espero poder também ser recíproca a altura em seus desafios.

Se existe uma certeza de vida que tenho, é que vivemos momentos que são especiais e inesquecíveis. E este é com certeza absoluta um deles. Dedicar-me a construção dessa tecnologia educativa foi inspirador e devastante ao mesmo tempo. A paixão pela pediatria e neonatologia não me permitiram que fugisse desse tema em um passo tão importante da minha carreira profissional, e um sonho pessoal de me tornar mestre. Pois foram anos vivendo, respirando e me dedicando aos recém-nascidos de maneira integral. Estas oficinas são ofertadas após longo período de grande dedicação, à todos os profissionais envolvidos nos cuidados com recém-nascidos que buscam por aprimorar conhecimentos e dividir vivências.

*“A educação é uma atividade criadora que traz
à existência aquilo que ainda não existe.”*

Rubem Alves

RESUMO

Este trabalho contempla o relato do processo de construção de um roteiro de oficinas educativas para profissionais de enfermagem em cuidado com o recém-nascido e o resultado deste processo, uma produção técnica em formato de uma sequência didática. O objetivo é colaborar para a formação de profissionais de enfermagem para qualificação do cuidado ao recém-nascido. A motivação para o desenvolvimento deste estudo surgiu da vivência prática e da observação das situações em ambiente de trabalho da assistência e cuidado de enfermagem com o recém-nascido, ao perceber lacunas importantes de conhecimento que influem na qualidade da assistência prestada. Desde a minha graduação em enfermagem o campo de pediatria trouxe-me grande encantamento. A busca pelo aperfeiçoamento ocorreu durante a formação no Programa de Residência em Saúde da Criança que me fez valorar o processo de aprendizagem significativa e a importância do processo de qualificação para do profissional de enfermagem para qualificação do cuidado. Nesta busca de constante aperfeiçoamento e comprometida com a formação e minha equipe de enfermagem, encontrei no Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul a oportunidade de pensar e repensar minha prática profissional e construir caminhos para fortalecer a formação em serviço e da equipe de enfermagem no campo da atenção ao recém-nascido. Assim, a partir de minha vivência profissional, com mais de dez anos atuando em UTI Neonatal e na literatura, levantei alguns temas que apresentam desafios na prática assistencial, onde ações simples, mas de grande relevância, podem ser implementados com consequente qualificação do cuidado prestado pela enfermagem. Os temas escolhidos foram: I. A avaliação da dor no recém-nascido; II. Cuidados de enfermagem em fototerapia; III. Atuação da Enfermagem em Sala de Parto e Reanimação neonatal; IV. Terapia intravenosa em neonatologia. O processo de construção desse material didático-pedagógico foi realizado inicialmente por revisão literária, e teve como base artigos, livros e autores conceituados, além de dados de entidades públicas, buscando os anos mais recentes, que ocorreu de novembro de 2016 a julho de 2018. A escolha de Antoni Zabala (2008) como referencial metodológico, deu-se por utilizar a sequência didática com atividades ordenadas, estruturadas e articuladas como forma de alcançar determinados objetivos educacionais. Este material didático-pedagógico é um roteiro de oficinas educativas para profissionais de enfermagem em cuidado com o recém-nascido, em formato de uma sequência didática, dividida por temas, já citados acima, onde cada para cada tema há a seguinte composição didática: a primeira parte é composta por um texto teórico sobre o tema; a segunda parte de exercícios que possibilitam o avanço do processo de aprendizagem, disparado pelo texto teórico, na busca de avançar a aprendizagem para um processo de compreensão e aplicação dos conceitos apreendidos; e a terceira parte a proposição de um roteiro de oficinas educativas para serem realizadas pelo profissional enfermeiro com sua equipe de enfermagem no serviço de cuidado e atenção à saúde do recém-nascido.

Palavras Chaves: Educação Continuada. Enfermagem. Educação em Saúde. Recém-Nascido.

ABSTRACT

This work contemplates the report of a construction process from an educational workshop script for nursing professionals in care of newborn and the result of this process, a didactic sequential technical production. The aim is to contribute for the nurse formation in order to qualify those who take care newborns. The motto for developing this study arose from practical experiences and observations at work in real situations at attending and nursing newborn babies as it was noticed some significant gaps of knowledge that is important for the work quality given. Since I graduated in Nursing the pediatrician field brought me a huge enchantment so that triggered a searching for a further course training during a formation at an internship program in Children Health in which made me value the significant learning process and how important is the process of enhancing a nursing qualification to taking care. I have been searching a constant development since I am committed with my formation and with my nursing team. I found at the Master's Degree in Education in Health, from State University of Mato Grosso do Sul, the opportunity of thinking and rethinking about my professional practice for building a path to improve the formation at work besides with the nursing team in the field of attending newborns. Therefore, taking my ten-year-old professional experience at Neonatal Intensive Care Unit besides the literature, I chose some topics that present challenges in practical aid wherever simples actions, but highly relevant, may be implemented regarding to the qualification in caring given by nursing. Chosen topics were: I. Assessing the pain for the newborn; II. Nursing care in Phototherapy; III. Nursing Performance in Surgery Room and Neonatal reanimation; IV. Intravenous Therapy in neonatology. The process of developing this didactic-pedagogical material was done, mainly, through literature such as articles, books and well-known authors besides some public institutions data, taking the most recent years, from November-2016 to July-2018. Methodological reference was taken from Antoni Zabala (2008) since he uses didactic sequence with ordered, structured and articulated activities as a way to reach specific educational objectives. This didactic-pedagogical material is a script of educational workshops for newborn nursery modeled in a didactic sequence separated in topics, already mentioned above. Each topic was organized in three sections, as follow: first part presents a theoretical text about the topic; second part presents exercises for improving the learning process from the theoretical text in order to enhance the learning comprehension so that the learning process can be applied. Finally, the third part is a proposition of a script of an educational workshop to be performed by the nurse and his/her team at providing the caring and health attention for the newborn.

Key Words: Education continuing. Nursing. Health education. Newborn.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIG	Adequado para Idade Gestacional
APGAR	Escala de Avaliação Clínica Neonatal (Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade E Respiração)
BCF	Batimento Cardíaco Fetal
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CO	Centro Obstétrico
CONANDA	Conselho Nacional Dos Direitos da Criança e do Adolescente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
E-BOOK	Eletronic Book
EC	Educação Continuada
EUA	Estados Unidos da América
EV	Endovenoso
FC	Frequência Cardíaca
GIG	Grande para Idade Gestacional
IASP	Associação Internacional Para Estudo da Dor
IG	Idade Gestacional
IV	Intravenoso
MEC	Ministério da Educação
MS	Mato Grosso do Sul
MSD	Membro Superior Direito
MSE	Membro Superior Esquerdo
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
PCR	Parada Cardio-Respiratória
PICC	Peripherally Inserted Central Catheter
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPGES	Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional – Ensino em Saúde
RCIU	Retardo do Crescimento Intra-Uterino
RN	Recém-Nascido
RX	Raio-X
SAE	Sistematização da Assistência De Enfermagem
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SOG	Sonda Orogástrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Tecnologia Educativa
TI	Terapia Intravenosa
TOT	Tubo Orotraqueal
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UEMS	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
USP	Universidade de São Paulo
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
USG	Ultrasonografia
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VA	Vias Aéreas
VPM	Ventilação Pulmonar Mecânica
VPP	Ventilação com Pressão Positiva

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 PERCURSO METODOLÓGICO	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
5.1 A Enfermagem Neonatal – Histórico e Contexto	22
5.2 A Educação Continuada	23
5.3 A Oficina	24
5.3.1 Oficina como Trabalho em Grupos da Área da Saúde	25
5.4 O Papel do Enfermeiro enquanto Coordenador de Equipe	26
6 RESULTADOS ESPERADOS / POTENCIALIDADES E DESAFIOS	27
7 PRODUÇÃO TÉCNICA	28
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICE	35
ROTEIRO DE OFICINAS EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO	35
ANEXOS	77
ANEXO A - DINÂMICA DOS SENTIDOS	78
ANEXO B – Escala NIPS	80
ANEXO C – Reportagem “Banho de luz no colo da mãe é possível e favorável” – Gazeta do Povo	81
ANEXO D – Atividade de avaliação da Oficina de Cuidados de enfermagem em Fototerapia	84
ANEXO E – Texto de experiências de parto	86
ANEXO F – Dinâmica da construção do boneco	90

APÊNDICES	91
APÊNDICE A - Dinâmica luz-escuridão	92
APÊNDICE B – Dinâmica: Quadro de visualização móvel	93
APÊNDICE C - Modelo de prescrição de enfermagem para controle e manejo da dor no RN com a utilização de métodos não-farmacológicos.	95
APÊNDICE D - Modelo de óculos para atividade da Oficina de Cuidados de enfermagem em Fototerapia	98
APÊNDICE E – Atividade avaliativa da Oficina de Atuação da Enfermagem em sala de parto e reanimação neonatal	99

APRESENTAÇÃO

Desde os primórdios de minha formação em enfermagem, que ocorreu na Universidade Estadual de Maringá (UEM), já havia uma clara tendência pela área pediátrica, na qual sempre tive grande empatia e satisfação em trabalhar.

Mas o maior impacto ocorreu mesmo, quando cursei residência em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Durante os dois anos que a residência durou, foram inúmeros setores e serviços a que tivemos oportunidade de conhecer e nos aperfeiçoar. Foi também durante esse período, que tive contato com os acadêmicos de enfermagem, medicina e odontologia, e foi minha primeira experiência com a docência, mesmo que de forma singela e breve.

Foi então que durante a minha especialização em residência Saúde da Criança que entendi o quão uma aprendizagem significativa era importante, e que isso seria um reflexo dos profissionais que estaríamos formando. Em contraste com tudo o que já havia visto na minha academia profissional, durante a residência, semanalmente era desenvolvido junto à equipe de enfermagem da área pediátrica algum tipo de educação continuada.

Após a residência em Saúde da Criança e do Adolescente, atuei profissionalmente como enfermeira em um Pronto Socorro Infantil e Unidade de Pediatria, além de uma UTI Neopediátrica (mista) na cidade de Maringá-PR. Após um ano e meio, tive a oportunidade de atuar em um hospital universitário na cidade de Dourados nos seguintes setores: UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Clínica Cirúrgica e na Coordenação da linha materno-infantil. Atualmente tenho atuado no Pronto Atendimento Clínico e Núcleo de Interno de Regulação de Leitos do HU- UFGD.

No desenvolvimento da minha prática, trabalhei e vivenciei as diversas fases constantes nas diferentes idades das crianças, e a área da neonatologia sempre estavam presentes, seja no trabalho dos berçários ou UTI neonatais e UTI neopediátricas (UTI mistas) as quais já atuei enquanto enfermeira assistencial e referencial. Desde o início dos meus trabalhos laborais com recém-nascidos sempre entendi o nascimento como um ato extremamente delicado e esperado, mas que continham seus riscos e que estes deveriam ser sempre erradicados ou minimizados no momento do nascimento.

Com o ingresso no Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), houve o despertar para a importância de uma formação continuada dos profissionais de enfermagem, pois vislumbrou-se a grande seriedade desse tipo de treinamentos e cursos ofertados aos profissionais de forma frequente, pelo

amplo impacto positivo que isso pode causar tanto no crescimento do profissional, quanto a melhoria de qualidade de assistência prestada pela instituição, e principalmente pela diminuição de risco ao paciente.

Dessa forma pretende-se produzir uma atividade motivadora com caráter de ensino relacionado às situações conflitantes da realidade experiencial do ambiente de trabalho intrahospitalar.

A motivação para o desenvolvimento deste estudo surgiu da vivência prática e da observação das situações em ambiente de trabalho, na assistência e cuidado direto de enfermagem com o recém-nascido.

INTRODUÇÃO

Há alguns anos, o Brasil vêm se esforçando com metas e políticas com objetivo da redução da mortalidade infantil, que é um dos mais sensíveis índices de uma sociedade. O cuidado com o recém-nascido engloba o cuidado infantil de zero a 28 dias de vida (IBGE, 2010).

Em 2004 foi firmado o “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal” com o objetivo de articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Ministério da Saúde, em Atenção à Saúde do Recém-Nascido – Guia para profissionais de Saúde, Brasil (2011, p.8), diz que:

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país. De fato, o componente neonatal da mortalidade infantil é aquele estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido. Implica, portanto, o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade.

Considera-se a educação continuada em enfermagem como estratégia para promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos profissionais em instituições de saúde. Sendo um dos caminhos para uma assistência de qualidade, que respeita o paciente e o profissional, e integra o processo produtivo ao educativo, por meio do ensino em serviço (GARCIA, 2014).

Pedott (2012), em seu trabalho sobre Educação Continuada no hospital, relata que essa modalidade de capacitação é dirigida aos profissionais já inseridos nos serviços. Não quer dizer que é algo perene, contínuo como sugere o nome, mas algo que continua a acontecer após a formação dos sujeitos. Tem a intenção de privilegiar o profissional e não apenas interesses institucionais. A Educação continuada deve promover oportunidades de desenvolvimento do profissional e de suas capacidades para atuação de forma individual e/ou coletiva. A ideia é que os benefícios gerados de forma individual tornam essas pessoas mais satisfeitas, motivadas e com mais conhecimentos que retornam também para instituição na qual ele está inserido.

Neste estudo, o a sequência didática apresentada, compreende um instrumento que deverá ser utilizado para nortear as ações da equipe de enfermagem no momento da execução das ações de cuidados como recém-nascido. Deverá ser utilizado para alcançar a excelência

nas ações de cuidados de enfermagem e garantir a segurança do paciente neonatal. Nesta linha de pensamento, Robertson *et al* (2007) os instrumentos norteadores de cuidado são constituídos de recomendações com uma sequência lógica e baseada no conhecimento científico, que visam otimizar e interligar a teoria com a prática e necessitam de atualizações em tempo pré-estabelecido.

2 JUSTIFICATIVA

É considerável que a existência de Tecnologias Educacionais (TE) dentro da educação continuada no contexto de educação em saúde, o qual abrange os cuidados de enfermagem baseados em evidências, diretrizes terapêuticas e práticas de consenso que levam a um incremento significativo na segurança e qualidade de assistência de enfermagem (SILVA, CARREIRO E MELLO, 2017).

A educação continuada é de ampla estima e valia dentro da enfermagem, pois torna-se instrumento de empoderamento e transformação da prática profissional e da equipe, e isso fortalece e enriquece a enfermagem enquanto ciência.

Para Nietzsche *et al.* (2009):

Educação Continuada é um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos, para uma práxis crítica e criadora.

Oliveira (2011) compreende que o treinamento enquanto estratégia educacional sistematizada de capacitação e adaptação dos indivíduos ao trabalho, proporciona aperfeiçoamento pessoal e profissional através da aquisição de conhecimentos teórico-práticos. O processo propicia uma maior eficiência na realização das atividades, com possibilidade de mudanças no comportamento dos trabalhadores, que passam a perceber sua realidade profissional de outra maneira, transformando-a para melhor.

Essas considerações justificam a importância em validar uma TE, com vistas à ser uma ferramenta capaz de oferecer múltiplas alternativas, que possam conduzir e aperfeiçoar os cuidados de enfermagem, gerando dessa forma uma assistência ao neonato de maior qualidade. A TE visa elaborar um roteiro de oficinas educativas para profissionais de enfermagem que irão atuar diretamente com o cuidado do recém-nascido, afim de contemplar métodos de ensino para o treinamento de trabalhadores da enfermagem.

Pinto, (2014 p.18), relata que:

As intervenções educativas são instrumentos de suma valia no contexto de saúde, pois permitem a construção de novos conhecimentos teórico-práticos, a socialização de vivências e integração da equipe, favorecendo um impacto positivo na prática assistencial.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um roteiro de oficinas educativas para profissionais de enfermagem em cuidado com o recém-nascido.

3.2 Objetivos Específicos

Desenvolver material educativo que subsidie os processos de educação continuada da equipe de enfermagem para o cuidado com o recém-nascido;

Elaborar textos com fundamentação teórico-prático atualizados dos quatro temas relevantes para o cuidado com o recém-nascido;

Elaborar estudos autogerenciados para efetivar a autoaprendizagem do profissional de enfermagem sobre os quatro temas relevantes para os cuidados com o recém-nascido.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O processo de construção de um material didático pedagógico iniciou-se com o estabelecimento do objetivo a partir da minha atuação na prática profissional e seguido de revisão de literatura para levantar dados relacionados aos temas propostos. A revisão literária deu-se a fim de buscar o levantamento de dados relacionados aos cuidados de enfermagem com recém-nascido. Teve como base artigos, livros e autores conceituados, além de dados de entidades públicas. Nos artigos, deu-se preferência para os que apresentassem a data de publicação em anos mais recentes dos assuntos de interesse para o estudo.

A revisão literária ocorreu entre os meses de novembro de 2016 a julho de 2018, período referente também à construção do material didático pedagógico. A busca foi caracterizada recorrendo a documentos já existentes, de uma resposta a uma dúvida, uma lacuna de conhecimento. Este tipo de pesquisa procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Foi necessário utilizar descritores como: enfermagem, fototerapia, tecnologias educacionais, recém-nascido, neonatologia, dor, terapia intravenosa. Para o tema específico de sala de parto e reanimação utilizou-se como norteador as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Os livros utilizados nessa construção de material didático são norteadores nos temas de neonatologia e pediatria. Significou também fundamental a comunicação e opinião de colegas enfermeiras especialistas em neonatologia.

A fundamentação teórica serve de orientação para análise do tema pesquisado, e se consagra como uma das etapas mais importantes da pesquisa, pois é o que confere a pesquisa credibilidade diante da academia. Por este motivo buscamos sempre informações para a fundamentação teórica de qualidade em textos, artigos, livros em todo material pertinente à área do assunto estudado.

Utilizando a sequência didática de Antoni Zabala (2008) como referencial teórico, que a define como o conjunto de atividades ordenadas, estruturadas e articuladas de forma a realizar determinados objetivos educacionais. Considera também a sequência didática como instrumento que permite introduzir no ensino diferentes formas de intervenção.

Zabala (2008) segue a linha construtivista a qual há uma busca por um processo de ensino aprendizagem que vislumbrem os vários âmbitos da vida do aprendente. Nessa percepção, o processo de aprendizagem de conteúdos perpassa por características específicas para cada tipologia e intencionalidade, dessa forma o processo educativo não se limita a um único modelo.

Portanto, a identificação das fases de uma sequência didática, as atividades que as conformam e as relações que se estabelecem devem nos servir para compreender o valor educacional que têm, as razões que as justificam e a necessidade de introduzir mudanças ou atividades novas que a melhorem (ZABALA, 2008, p.54-55).

A produção técnica será o desenvolvimento de um material educativo, de forma a ser uma sequência didática, e dividir-se-á em três partes. Primeira parte se refere a um texto teórico, escrito de forma dissertativa em sua totalidade fundamentado acerca de cada tema exposto. Trata-se de um texto informativo que abrange as principais idéias do tema que serão trabalhadas e discutidas durante todo o processo da oficina. Serve como material de apoio ao tema.

A segunda faz uma interligação com a primeira parte, de maneira a fixar o conteúdo em formato de casos clínicos, que configuram uma área de treinamento de situações práticas pertinentes aos temas, com método de estudo dirigido, apresenta questionamentos sobre a temática.

E a terceira parte, consiste numa sugestão de roteiro de oficinas educativas para profissionais da saúde, mas principalmente para membros da equipe de enfermagem, vislumbrando a educação em saúde no ambiente de atuação profissional, objetivando a educação continuada, e dessa forma que os profissionais consigam ser preparados para o cuidados do recém-nascido.

Optou-se construir inicialmente documentos de forma independente de cada tema, para que cada assunto fosse abordado de forma integral, e somente após o término destes é que foi possível juntar todos em um único trabalho.

Segundo Okane e Takahashi (2006) o estudo dirigido é uma concepção pedagógica que leva a uma continuidade de ações. Essa estratégia de ensino procura: desenvolver habilidades e hábitos de trabalho de forma independente e criativa; sistematizar e consolidar conhecimentos, habilidades e hábitos; possibilitar a cada aluno, individualmente, resolver problemas, vencer dificuldades e desenvolver métodos próprios de aprendizagem; possibilitar aos alunos o desenvolvimento da capacidade de trabalhar, de forma livre e criativa, com os conhecimentos adquiridos, aplicando-os em situações novas, referentes a problemas cotidianos da sua vivência.

As mesmas autoras ainda refletem que “O estudo dirigido fornece “balizamento didático” para o educando efetivar a sua aprendizagem, ao mesmo tempo em que vai conferindo técnicas e consciência de como estudar” (OKANE; TAKAHASHI, 2006, p. 163).

Como resultado e produto final estabelecido ao término do mestrado profissional,

sugerimos um protótipo de oficinas educativas para profissionais atuantes da enfermagem em cuidados com recém-nascidos.

Um roteiro de oficinas tem por objetivo facilitar a programação e atuação de educação continuada nos serviços de enfermagem de forma didática, prática e facilitadora.

O formato das oficinas foi totalmente descrito no intuito de promover conhecimento e atualização dos profissionais de enfermagem. Todos os seus itens foram pensados de forma singular, porém podem ser adaptados a cada situação de atendimento das diversas instituições de saúde.

Segundo Ide (1999), o processo de cuidar apresenta-se como uma sequência dinâmica e sistematizada de ações necessárias e suficientes para a construção, desempenho e validação do trabalho da equipe de enfermagem, agregando intervenções específicas (cuidar dual), ações complementares e interdependentes do conjunto multiprofissional (assistir-cuidar) desenvolvidas em contextos institucionais peculiares.

O roteiro de oficina educativa proposto nesta pesquisa objetiva apresentar aos membros da equipe de enfermagem métodos de ensino que possam ser utilizados em treinamentos em serviço. Dessa forma, os participantes de uma oficina estarão aptos a realizar um serviço utilizando os métodos contemplados nesta didática de ensino.

Conforme anteriormente descrito, Serão trabalhados 4 temas de relevância no cuidado de enfermagem com o recém-nascido, a saber:

- Capítulo I: Avaliação da dor no recém-nascido
- Capítulo II: Cuidados de enfermagem em fototerapia
- Capítulo III: Atuação da Enfermagem em Sala de Parto e Reanimação neonatal
- Capítulo IV: Terapia intravenosa em neonatologia

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A Enfermagem Neonatal – Histórico e Contexto

A neonatologia é o ramo, uma sub-especialidade, da pediatria destinada aos cuidados de bebês de zero a 28 dias de vida, sendo considerado prematuro o recém-nascido com Idade Gestacional (IG) menor ou igual a 36 semanas (AVARY, 2007).

A história da neonatologia se iniciou na Europa, pois até o século 19, as crianças não eram importantes, porquanto havia o pensamento de seleção natural que era associada a altas taxas de mortalidade infantil, especialmente entre os prematuros. Entre os anos de 1870 e 1920 houve na Europa um movimento em prol da saúde da criança, indicando os primeiros momentos da medicina neonatal. Em 1978 foi criada a primeira incubadora, em semelhança a uma chocadeira de ovos de galinha. As incubadoras obtiveram ao longo dos anos um aprimoramento em relação ao controle térmico, higiene (limpeza) e nutrição do RN. Somente com o evento e surgimento da incubadora houve uma redução drástica na taxa de mortalidade de RN com peso inferior a 2000 gramas (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; FERRAZ; GUIMARÃES s/d).

Em 1914 um médico juntamente com uma enfermeira criaram o primeiro centro de recém-nascidos prematuros em Chicago (EUA), eles tinham como objetivo assegurar ao RN um atendimento profissional com enfermeiras treinadas, equipamentos e procedimentos para prevenção de infecções. Um grande avanço para neonatologia, foi quando em 1940 existiu uma unificação dos critérios de manejo de recém-nascidos prematuros (AVERY, 2007).

Rodrigues e Oliveira (2004, p.2), relatam que:

[...] os melhores resultados obtidos no cuidados aos recém-nascidos prematuros eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas estavam a frente do serviço como supervisoras. Neste período cresceu o incentivo pela especialização da enfermagem para o cuidado a recém-nascidos prematuros, e observa-se um grande investimento nessa área.

Os próximos acontecimentos que comprovaram o desenvolvimento e evolução da neonatologia foram: em 1953 a criação da escala de Apgar que é utilizada até os dias atuais, e em 1953 quando fora confirmado que RN poderiam ser ventilados mecanicamente (ventilação pulmonar), já em 1960 surgiu o termo neonatologia e os tratamentos de monitorização contínua, gasometria e antibioticopetapia tornaram-se grandes aliados a terapêutica. Em 1970 sondas para alimentação e o cateter umbilical foram incorporados aos cuidados neonatais. Em

1973 nos EUA foi criado um protocolo de cuidados perinatais (AVERY, 2007; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Outro grande salto no tratamento de bebês prematuros foi a introdução de ventilação pulmonar mecânica e o uso do surfactante exógeno, que ocorreu entre 1980 e 1996, que trouxe sobrevida aos recém-natos. Com a finalidade de melhoria na qualidade da assistência prestada houve uma padronização e utilização de técnicas assépticas em procedimentos, o surgimento de transporte neonatal referenciado em níveis de complexidade, a evolução de alimentação enteral com diversificação de alimentos modificados e adequados a cada caso ou restrição e por último o procedimento de exossanguíneotransfusão trouxeram avanços inquestionáveis (AVERY, 2007; FERRAZ; GUIMARÃES s/d).

Durante todo esse processo de evolução da neonatologia, observou-se que diversos profissionais estiveram envolvidos, a citar: obstetras, pediatras, ortopedistas, anesthesiologistas, cirurgiões e enfermeiros, caracterizando uma construção multiprofissional dessa área da pediatria.

Em estudo realizado em uma UTIN Galva e Scochi (2004) relatam que o processo de trabalho observado para produzir cuidados é coletivo, em que os profissionais de saúde compartilham o RN como objeto de trabalho. A maioria das ações é realizada isoladamente por profissional. Devido à falta de planejamento e a comunicação que muitas vezes falha as ações podem se opor e estarem parceladas e desarticuladas entre estes atores.

De acordo com Barbosa (1985, *apud* WIECZORKIEWICZ, 2013, p.24), o enfermeiro neonatologista deve ter competência técnica e científica para prestar assistência nos diferentes níveis de atenção ao recém-nascido. Competência para a administração das unidades neonatais, capacidade para desenvolver programas de educação e treinamento com a equipe de enfermagem, e educação em saúde com a população, capacidade de realizar pesquisas em virtude da melhoria da assistência prestada ao recém-nascido.

5.2 A Educação Continuada

Com os desafios que envolvem os sistemas de saúde em suas atividades, a Educação Continuada (EC) é uma ferramenta amplamente utilizada buscando a diminuição desses eventos adversos, dessa maneira sendo o diferencial para os profissionais atuantes em saúde, porque gera desenvolvimento, aprimoramento e competências dos profissionais operantes no cuidado (GARCIA, 2014; PEDOTT, 2012) .

Garcia (2014), em seu estudo relata que a educação continuada em enfermagem é uma

das estratégias para promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. É um dos caminhos para uma assistência de qualidade, respeitando-se o paciente e o profissional, integrando o processo produtivo ao educativo, por meio do ensino em serviço.

Para Souza e Ceribelli (2004, p.768) “a Educação Continuada (EC) é uma das formas de se adequar o desenvolvimento e o aprimoramento dos recursos humanos das instituições”.

Na área de saúde observa-se, também, a necessidade de educar os profissionais de enfermagem para que se ofereça melhor assistência ao paciente que depende dos serviços da organização hospitalar. A enfermagem é uma profissão que requer constante atualização, devido à evolução tecnológica e científica. Nesse sentido, a enfermagem utiliza, muitas vezes, o serviço de EC para oferecer aos seus funcionários conhecimentos para uma atuação eficaz (SOUZA; CERIBELLI, 2004, p.768).

Para Bagnato (1999), a educação continuada é um dos caminhos para uma assistência de qualidade, respeitando-se o paciente e o profissional. Engloba programas de ensino que proporcionam aos trabalhadores oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades em suas ações profissionais, de forma a integrar o processo produtivo ao educativo, contemplando as necessidades da instituição, as expectativas de elaboração de conhecimentos, experiências que vão além das exigências profissionais imediatas, respeitando as particularidades individuais.

5.3 A Oficina

As oficinas compreendem momentos educativos que propendem aplicar conteúdos diversificados, a fim de promover o processo de aprendizagem dos indivíduos envolvidos, normalmente baseado em práticas laborais e atualizações. Algumas características devem ser destacadas das oficinas: valorizam a vivência dos profissionais, dependem estritamente da participação das pessoas envolvidas, estimula a atividade em grupo e por fim promove uma reflexão dos indivíduos participantes (AFONSO, 2015).

Oficina trata-se de um processo educativo que desenvolve ações sistemáticas via construção coletiva de conhecimento, e tem a finalidade de produtores e multiplicadores de conhecimento e aprimoramento da equipe em suas atuações de trabalho, com ênfase em educação em saúde neste caso (AFONSO, 2015).

Uma oficina tem a pretensão de constituir-se em um espaço de trocas de experiências e de construção coletiva de conhecimento em torno do tema geradores, afim de organizar e

permitir expansão de conhecimento no grupo e abertura de possibilidades de discussões e aprendizagem.

Em seu propósito, as oficinas devem ter um efeito cumulativo que permeiam o pensamento de que a cada aplicação de sua prática deva ser melhorada, como um processo constante de construção e reconstrução, com adaptação de metodologias e ações (AFONSO, 2015).

Estas oficinas são uma atividade complementar de educação continuada, voltada para profissionais de enfermagem que atuem nos cuidados com recém-nascidos. Constituem de temas fundamentais, pautado na linha de trabalho ação-reflexão-ação de Paulo Freire. Vem de acordo com o processo de construção e aprimoramento dos profissionais de enfermagem na linha de cuidados infantis. Propõe-se uma sequência de fundamentos e ações de enfermagem enquanto modelamento do conhecimento para assim consequentemente a elevação da qualidade da prática, sendo o cuidado baseado em evidências.

Afonso *et al* (2015) destaca o papel do profissional de saúde como educador, sendo seu papel de co-pensador e co-operador, dinamizando as relações e mediando as informações em caminho à reflexão do grupo. Recomenda que ao se escolher a oficina como modelo de trabalho, assume-se que ela orienta uma intervenção avançada. Caracteriza a oficina como: *“... um instrumento importante de atuação que, equilibrando com outras formas de atendimento julgadas necessárias, podem elevar em muito a qualidade da atenção à saúde”*.

5.3.1 Oficina como Trabalho em Grupos da Área da Saúde

Oficinas são propostas de intervenção psicossocial que abrangem três dimensões: a dimensão psicossocial, a dimensão psicodinâmica e a dimensão educativa. É uma proposta de um trabalho, um projeto, antes de ser colocado em prática. Ou somente a sugestão de mudança de normas e rotinas ou até mesmo atualizações de assistências já prestadas (AFONSO, 2015).

A melhor maneira instrumental de se trabalhar uma nova idéia em saúde e educação, é justamente em grupo.

A Teoria de campo de Lewin, o grupo é um “campo de forças”, um “espaço vital”, cuja dinâmica resulta da interação de seus membros dentro de um contexto. Por isso, é o campo apropriado para a mudança de ideias, atitudes e práticas. Explicando dessa forma a aplicabilidade e viabilidade das oficinas em grupos da saúde.

Paulo Freire (1980) trabalhou uma concepção de dinâmica em que a motivação do

educando e a relação da aprendizagem com a vida sejam fundamentais e em que essa dinâmica seja empreendida pela ação de um sujeito social, na já famosa citação “ninguém educa ninguém, as pessoas se educam umas às outras, mediatizadas pelo mundo”. A aprendizagem envolve uma problematização, na qual o sujeito aprende a questionar o mundo e a si mesmo no mundo, buscando uma nova realidade e compreensão. Pela educação, um mundo deveria se abrir, em processos “ativo, dialógico, crítico e criticizador”

De acordo com a Teoria dos grupos operativos, de Pichón-Rivière, um grupo operativo envolve dinâmica, reflexão e democracia quanto à tarefa ou projeto a ser executado. Ao se propor um tema de oficina, o profissional deve constatar a existência de uma necessidade de saúde que julgam ser compreendida e necessária por meio de trabalho em grupo (BASTOS, 2010).

5.4 O Papel do Enfermeiro enquanto Coordenador de Equipe

Para um coordenador, os sinais de que um grupo se desenvolve adequadamente são a produtividade, a flexibilidade, a clareza de comunicação e a afetividade entre os membros. A manutenção da coesão entre as pessoas participantes de um grupo é uma das tarefas mais árduas de um enfermeiro em seu papel de coordenador.

O grupo desafia o tanto o coordenador quanto os seus membros a aprender coisas novas, ao mesmo tempo que cobra a sua efetiva participação, e dessa forma desenvolve uma realidade dialética na educação em saúde.

É necessário que o profissional coordenador tenha tolerância à frustração em virtude de saber ter resiliência ao trabalhar as dificuldades a serem enfrentadas para que haja avanço através delas (CABRERA, 2017).

6 RESULTADOS ESPERADOS / POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Acesso amplo do material como forma de ensino em educação continuada em unidades hospitalares.

Conscientização da importância e o impacto que a presença de treinamentos fazem ao profissional da enfermagem, e suas conseqüentes melhorias na segurança do paciente e qualidade da assistência prestada.

E como em todos os trabalhos científicos desenvolvidos em torno da prática assistencial, lidamos com potencialidades e desafios. As potencialidades fizeram aflorar ainda mais os temas em torno do cuidado com o RN a qual tenho grande apreço desde o início dos estudos em enfermagem. E os desafios provaram o quanto a enfermagem não é uma ciência exata, pois ela se modifica, se adapta e consegue se transformar constantemente. E isso fortalece a enfermagem enquanto ciência, ensino e prática.

7 PRODUÇÃO TÉCNICA

Referente à segunda etapa do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional - Ensino em Saúde (PPGES) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), os discentes devem desenvolver um produto técnico atrelado aos conhecimentos adquiridos em sua carreira profissional, e juntamente com os novos conhecimentos adquiridos durante as disciplinas ofertadas pela pós-graduação *scriptu sensu*. Compreende um produto educativo, em formato de um material didático pedagógico com três partes sequenciadas.

A primeira parte consiste em um texto didático e referenciado acerca de cada assunto a ser estudado, a segunda parte compreende uma área para teste do conhecimento com casos clínicos que remetem a parte clínica dos temas, em forma de associação entre teoria e prática. Já a terceira etapa é a sugestão de um roteiro de oficina para ser aplicado nas instituições de saúde como forma de educação continuada.

Cabe aludir, ante ao exposto que a última parte, referente ao formato das oficinas são sugestões de ferramentas educacionais a serem utilizadas nos estabelecimentos de saúde com os profissionais de enfermagem que realizem cuidados com recém-nascidos, podendo ser adaptadas condizentes tanto ao grupo de profissionais que irão receber o treinamento, quanto para amoldamento dos recursos materiais e profissionais locais de cada instituição.

Foram elencados 4 temas, que constituíram prioridade durante a carreira profissional da autora, mas que detinham fragilidades a serem alcançadas e ajustadas em nível de educação em saúde. Os temas são: 1. Avaliação da dor no RN; 2. Cuidados de enfermagem em fototerapia; 3. Atuação da enfermagem em sala de parto e reanimação neonatal; 4. Terapia intravenosa em neonatologia. O material didático tem a finalidade de promover a educação continuada em ambientes de saúde que ascende a prestação do cuidado com RN.

O processo de criação das oficinas ocorreu em várias etapas, levando em conta conhecimentos e vivências do orientando durante sua prática profissional nos anos anteriores. A concepção é reflexo de inquietações absorvidas durante a assistência nas áreas de saúde da criança, que também engloba a neonatologia. Perpassa por várias etapas e amadurecimentos e visões laborais que foram sendo identificadas e moldadas com a experiência vivida na prática assistencial com recém-nascidos. Os temas escolhidos foram criteriosamente julgados como essencialmente necessários para as diversas escalas de complexidade de atendimento à saúde do recém-nato, de forma que as oficinas sejam presentes perante as ações dos profissionais e subsídio para uma prestação de serviço eficiente, sincronizada, qualificada e segura.

Os temas elencados para essas oficinas educativas foram advindos de inquietações e

visão prática da assistência com o recém-nascido, que constituíram cumuladas e questionadas durante os anos de experiência profissional na área neonatal e pediátrica. Alguns podem sugerir que sejam temas extremamente comuns, porém a prática demonstra que são dos pequenos detalhes que se constrói uma assistência correta, de qualidade e humanizada.

O material teve suas figuras desenhadas e formatadas de forma a ilustrarem as situações necessárias ao melhor entendimento do tema exposto. Esta etapa foi realizada com o auxílio de uma arquiteta e urbanista, que contribuiu com o desing gráfico das figuras. Todas as imagens foram desenhadas com o intuito e intencionalidade de remeter ao infantil, cuja linha de pesquisa deste produto técnico.

A fonte escolhida para o produto final foi a Lucida Handwriting, e as cores tanto da capa quanto dos desenhos foram igualmente escolhidos assim como a letra para que transparecessem sempre algo suave e singelo como são os RN. A figura contida nos cabeçalhos e rodapés são uma alusão aos cuidados aos RN e a neonatologia, e fazem parte da arte gráfica deste produto.

A apresentação final destes roteiros de oficinas ocorrerá em formato de e-Book, e tem o objetivo de facilitar a sua divulgação, e compreende ser uma maneira rápida e não custosa de amplificar o acesso dos profissionais ao trabalho desenvolvido.

Um e-Book, abreviação para *eletronic book*, trata-se de uma obra de mesmo conteúdo da versão impressa, mas que é uma mídia digital. Portabilidade e rapidez de aquisição parecem ser grandes potencialidades deste modelo eletrônico. Não deve-se deixar de levar em consideração a facilidade de transporte também dessa versão. O baixo custo por não ser impresso torna-o ainda mais atraente, pois habitualmente gera um preço mais baixo de produção (TECMUNDO, 2009).

Respeitando aos critérios designados pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e ME (Ministério da Educação) (2017), quando relata que a produção técnica dos mestrados profissionais devem preceder um processo de intervenção entre academia e sociedade, além de apresentar a possibilidade de transformação nos processos de trabalho, pois atua com a formação e educação continuada em um de seus eixos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).

Este produto foi produzido a partir de inquietações, questionamentos, potencialidades e fragilidades observadas durante a prática profissional da autora, em detrimento de sua experiência pregressa na área de neonatologia e a imponente importância em se treinar uma equipe de enfermagem capacitada para cuidados com RN em seus diversos graus de complexidade. Neste contexto o treinamento correto e lógico reproduz uma prática de

qualidade em enfermagem. A educação continuada levanta subsídios para o aprimoramento profissional em perspectiva interdisciplinar, que revela reflexões sobre o desenvolvimento dos processos educativos, sendo uma fonte de conhecimento e objeto de transformação que proporciona a participação do coletivo (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Pretende-se, portanto uma formação diferenciada na assistência neonatal, favorecendo também a disseminação de conhecimentos, cujo aprendizado é norteador da educação continuada. Sendo considerado o aprendizado prévio dos participantes, e com objetivo de que após esses treinamentos esses profissionais possam ser também disseminadores dos conhecimentos adquiridos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo que os profissionais da enfermagem exercem papel fundamental e essencial em saúde pública, e vislumbrando o importante e necessário momento de aprimoramento da equipe em cuidados, prezando sempre pela melhoria da qualidade de assistência com ênfase em educação em saúde.

Percebendo a acuidade do nascimento e cuidados com os RN, diante da aquisição de conhecimentos e de repartir as vivências, a promoção da saúde neonatal perpassa por intervenções precisas e corretas.

Dessa forma, podemos concluir que os roteiros de oficinas ofertados neste estudo são satisfatórios para a formalização de uma educação continuada diante da equipe de enfermagem, sendo uma configuração didática de forma a partilhar experiências, de adquirir conhecimentos, e de complementar a aprendizagem tornando-a significativa aos profissionais envolvidos no cuidado com o RN.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, M. L. M. (Organizadora); ABADE, F. L.; AKERMAN, D.; MARRA, C.; COELHO, S.; MEDRADO, K. S.; PAULINO, J. R.; PIMENYA, S. D. C. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da Saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

AVERY, G.B. **Neonatologia - fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2007.

BAGNATO, M. H. S. Educação continuada na área de saúde: uma aproximação crítica. In: BAGNATO, M. H. S., COCCO, I. M., SORDI, M. R. L.(organizadores). **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos outros olhares**. Campinas (SP): Alíneas, 1999.

BARREIROS, L. L. *et al.* **Cuidados de enfermagem ao recém-nascido: uma revisão literária**. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/cuidados-de-enfermagem-ao-recem-nascido-uma-revisao-literaria/45544/#ixzz4S5U9VKyt>. Acesso em 07/12/2016.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo inFormação**, ano 14, n. 14, jan./dez. São Paulo: 2010.

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

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. In: BARROS, A. L. B. L. B. *et al.* São Paulo: COREN-SP, 2015.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

GALVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n. 3, p. 469-76, mai.-jun. 2004.

GARCIA, C. T. F. **O serviço de educação continuada em um hospital como estratégia para desenvolvimento de competências profissionais: uma análise a partir das percepções da equipe de enfermagem**. 63 f. Monografia (Especialização) Pós-Graduação em Gestão de Pessoas do Departamento de Ciências Administrativas, Contábeis, Econômicas e da Comunicação - DACEC da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. Injuí, 2014.

IDE, C.A.C. Delineando as propriedades que conferem ao cuidar em enfermagem seu estatuto singular: o quadro e o fato. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.33, n.4, p. 411-420, 1999.

LOURENÇO, S. A.; OHARA, C. V. S. Conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica de inserção do cateter central de inserção periférica em recém-nascidos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18(2):[08 telas] mar-abr 2010 www.eerp.usp.br/rlae

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Diretoria de Avaliação.** Disponível em https://capes.gov.br/images/documentos/Classifica%C3%A7%C3%A3o_da_Produ%C3%A7%C3%A3o_T%C3%A9cnica_2017/20_ENFE_class_prod_tecn_jan2017.pdf

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Orçamento e Gestão **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE** Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro: 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe da atenção básica. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Ano V, maio/junho de 2004 ISSN 1806-1192. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>

NIETSCHÉ, E.A; BACKES, V. M. S.; FERRAZ, F.; LOUREIRO, L.; SCHMIDT, S. M. S.; NOAL, H. C. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(2):341-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a15.htm>.

OKANE, E. S. H.; TAKAHASHI, R. H. O estudo dirigido como estratégia de ensino na educação profissional em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2006; 40(2):160-9. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

OLIVEIRA, C. F. P. **Oficina educativa para capacitação de acadêmicos de enfermagem em métodos de ensino.** 2011. 77 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e Meio Ambiente do UniFOA), Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, 2011.

PEDOTT, K. **A importância da educação continuada da instituição hospitalar.** 22 f. Monografia (Especialização) Pós-Graduação em Gestão Hospitalar e Serviços em Saúde - Universidade do Contestado de Concórdia, Concórdia, 2012.

PINTO, S. L. **Hiperbilirrubinemia neonatal:** Desenvolvimento e intervenção educacional para equipe de enfermagem. 21f. Monografia (Especialização) Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Porto Velho, 2014.

ROBERTSON, S.; NOVELLI, M.; DALE, R.; TIKLY, L.; DACHI, H.; ALPHONCE, N. **Globalisation, Education and Development: Ideas, Actors and Dynamics.** Department of International Development (DFID). Researching the Issues, University of Bristol, 2007.

RODRIGUES, E.C.; CUNHA, S.R. GOMES, R. Perdeu a veia: significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, 2012.

SILVA, D. M. L.; CARREIRO, F. A.; MELLO, R. Tecnologias Educacionais na Assistência de Enfermagem em Educação em Saúde: Revisão Integrativa. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 2):1044-51, fev., 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Reanimação do recém-nascido ≥ 34**

semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. In: ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. 2016. Disponível em: Texto disponível em www.sbp.com.br/reanimacao

SOUZA, M. C. B.; CIRIBELLI, M. I. P. F. Enfermagem no centro de material esterilizado – A prática da educação continuada. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2004 setembro-outubro; 12(5):767-74 www.eerp.usp.br/rlae

VIEIRA, A. A.; LIMA, C. L. M. A.; CARVALHO, M.; MOREIRA, M. E. L. O uso da fototerapia em recém-nascidos: avaliação da prática clínica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (4): 359-366, out. / dez., 2004.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D.A.M. A dor e o recém-nascido de risco: percepções dos profissionais de enfermagem. **Rev. Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 15, n. 2, p. 263-70, abr/jun. 2010.

WIECZORKIEWICZ, A. A. M.; MAIA, E. D. W.; LAMIN, S.; ALCANTARA, S. B. C. Percepção do enfermeiro em relação à utilização de escalas de avaliação de dor em recém-nascidos. **Saúde Meio Ambient**. v. 2, n. 2, p. 20-31, dez. 2013. ISSN 2316-347X

ZABALA, A. **A prática educativa. Como ensinar**. Porto Alegre-RS. Artmed, 1998, reimpressão, 2008.

APÊNDICE

**ROTEIRO DE OFICINAS EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO**

**ROTEIRO DE
OFICINAS
EDUCATIVAS PARA
PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM
CUIDADO COM O
RECEM NASCIDO**



Autoras

Clarice Martins Lima Maebara

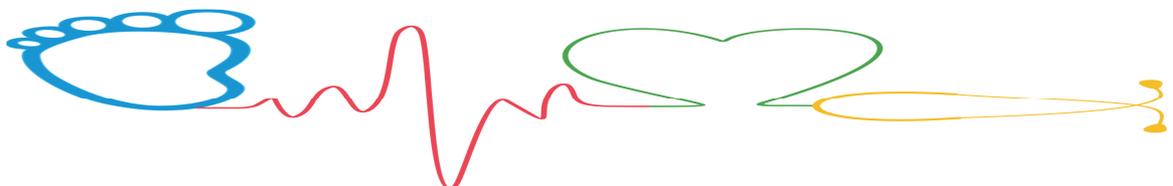
Cibele de Moura Sales



**ROTEIRO DE OFICINAS EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO**

Dourados, MS

2018



M16r Maebara, Clarice Martins Lima

Roteiro de oficinas educativas para profissionais de enfermagem em cuidado com o recém-nascido/ Clarice Martins Lima Maebara, Cibele de Mora Sales. – Dourados, MS: UEMS, 2018.

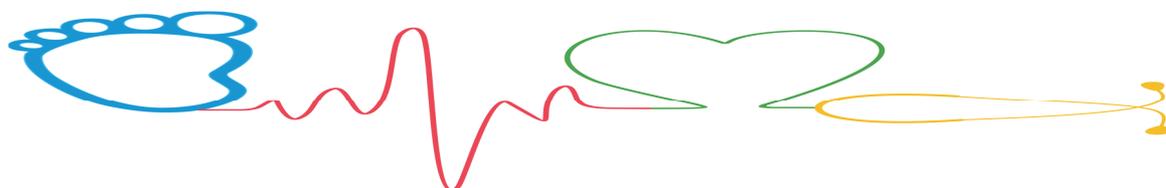
100p.

Produto Técnico (Mestrado Profissional) – Ensino em Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2018.

Orientadora: Prof. Dra. Cibele de Moura Sales.

1. Educação em saúde 2. Recém-nascidos - Cuidados 3. Enfermagem – Educação continuada I. Sales, Cibele de Moura II. Título

CDD 23. ed. - 618.9200231



Autores

CLARICE MARTINS LIMA MAEBARA

Enfermeira pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) especialista em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Trabalha no Hospital Universitário da Grande Dourados (HU-UFGD).

Email: cacamaebarara@gmail.com

CIBELE DE MOURA SALES

Enfermeira e Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

Email: cibele.sales1@gmail.com

Revisores

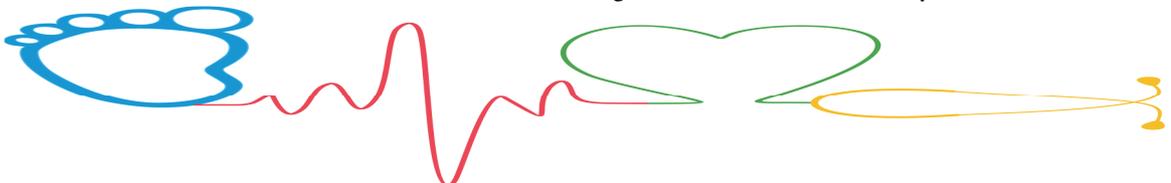
LILLIAN DIAS CASTILHO SIQUEIRA

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2004). Mestrado em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2012) e Doutorado em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2016). Atualmente é enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados HU-UFGD (EBSERH) e docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Membro da Sociedade Honorífica Internacional Sigma Theta Tau - do Capítulo Rho Upsilon no Brasil na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Email: ldcsiqueira@gmail.com

CRISTINA BRANDT NUNES

Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialização em Saúde Pública pelo Instituto Metodista de Educação e Cultura, Especialização em Enfermagem Pediátrica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Especialização em Aconselhamento Pastoral e Psicologia pela Escola Superior de Teologia, Mestrado em Enfermagem Pediátrica pela Universidade Federal de São Paulo e Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Associada (aposentada) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Foi docente do Curso de Graduação em Enfermagem e docente permanente do



Programa de Pós-graduação - Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS. Desenvolve estudos na modalidade qualitativa. Atua nas áreas de Ciência da Saúde, Enfermagem, Enfermagem Pediátrica e Saúde Coletiva nos seguintes temas: neonatologia, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da família, educação em saúde, consulta de enfermagem e violência no contexto familiar, institucional e social. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS de 2008 a 2015 e de 2017 em diante.

Email: cbrandt@terra.com.br

ELISÂNGELA LUNA CABRERA

Enfermeira pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), especialista em Neonatologia pela AMIB. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Atualmente é enfermeira da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), na Unidade de Suporte às Urgências (USU).

Email: elisangelalc@hotmail.com

MAYCON ROBSON PIGOSSO

Enfermeiro graduado pela Faculdade Estadual de Educação Ciências e Letras de Paranavaí (2008), especialista em Enfermagem em UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto pela Faculdade de Tecnologia e Ciências do Norte do Paraná (2013), e especialista em Assitência em Urgência e Emergência pela Faculdade Estadual de Educação Ciências e Letras de Paranavaí (2012). Atualmente enfermeiro da UTI Pediátrica do Hospital Universitário da Grande Dourados (HU-UFGD).

Email: maycon_robson4@hotmail.com

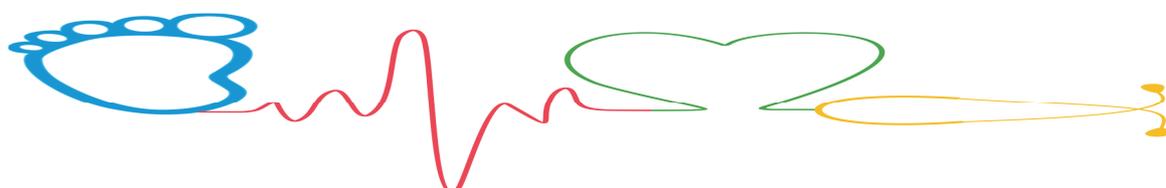
Projeto Gráfico

CECILIA MARTINS LIMA MAEBARA

Arquiteta e Urbanista pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) em 2006. Pós-Graduação em Especialização em Arquitetura e Pós Modernidade: Composição e Linguagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 2007.

Email: ceciliamlmaebara@gmail.com

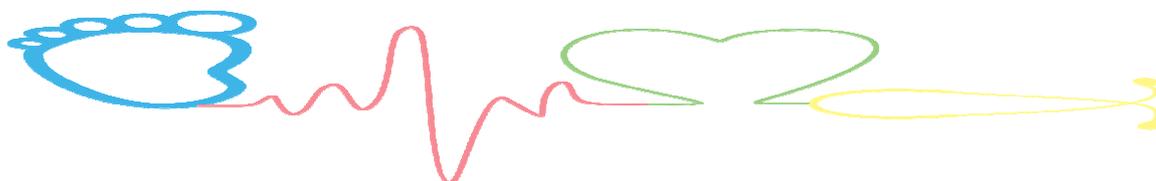
Impressão e Acabamentos



NÃO SEI

*Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser: colo que acolhe,
braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia,
lágrima que corre, olhar que acarícia,
desejo que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.
Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina”.*

Cora Coralina



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
CAPITULO I - AVALIAÇÃO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO.....	9
CAPITULO II - CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM FOTOTERAPIA	28
CAPITULO III - ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM SALA DE PARTO E REANIMAÇÃO NEONATAL.....	43
CAPITULO IV - TERAPIA INTRAVENOSA EM NEONATOLOGIA.....	61
ANEXOS.....	77
APÊNDICE.....	91



APRESENTAÇÃO

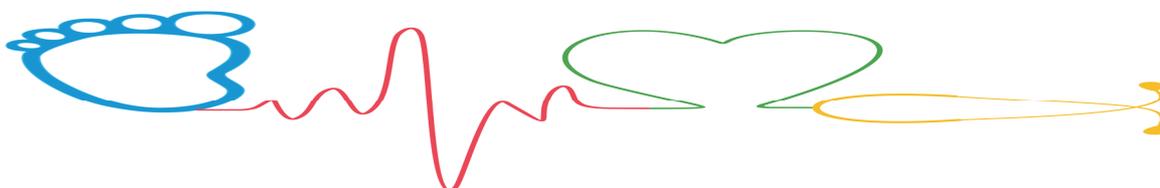
Este conjunto de oficinas, com quatro temas relacionados ao cuidado com recém-nascidos, foi elaborado como pré-requisito de produção técnica do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu de Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

Sua construção baseou-se em uma sequência didática e tem como referencial metodológico no autor Antoni Zabala, em busca de formação e educação continuada em serviços de saúde nos cuidados com RN. De forma seriada as informações são trabalhadas junto aos profissionais a fim de se produzir uma aprendizagem significativa em forma de educação em saúde. É uma série informações e sugestões que trazem aprendizado e treinamento aos profissionais de enfermagem que cuidam diretamente de recém-natos.

No intuito de conseguir expandir ainda mais os conhecimentos na prática profissional, e também sanar as dificuldades que muitas vezes se expõe na prática assistencial justifica o desafio lançado deste projeto, pois existe dessa forma o reconhecimento da sumária importância de atividades educativas em saúde.

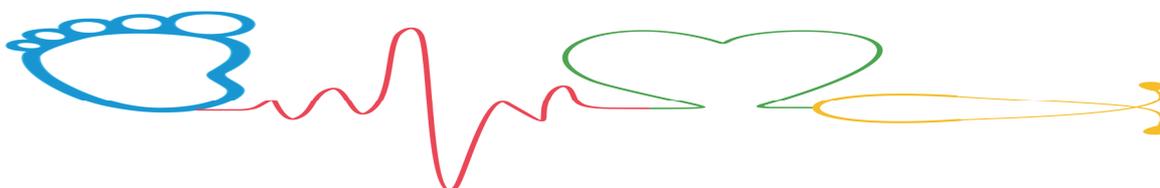
Diariamente tínhamos que enfrentar situações tanto em relação ao administrativo quanto à assistência. Muitas falhas ocorriam também pela grande necessidade de mão de obra, e aí ao invés de recebermos esses novos colaboradores com o tempo necessário para realizar treinamento, demonstrando os objetivos e missões institucionais, a prática de gestão nos demonstrava que esse primeiro contato era algo inviável de se ocorrer.

A prática que nos trazia ao mesmo tempo experiência, também nos inquietávamos em relação as lacunas que haviam no sistema e



na assistência, e o desafio de achar alternativas para melhoria dessas situações. A inspiração ocorreu após alguns anos do início da minha carreira profissional como enfermeira assistencial da área pediátrica e neonatal. E com o princípio do mestrado profissional de ensino em saúde aguçou-se especificamente a necessidade de aprimoramento e intervenção em forma educativa nos serviços de saúde.

Trabalhar em neonatologia por si só carrega um dom, pois ao mesmo tempo trabalhamos por bebês que foram extremamente esperados e aguardados por suas famílias, mas que nasceram com algum problema mais sério de saúde ou mesmo a prematuridade que traz a tona tantas dificuldades de adaptação desse recém-nascido ao mundo extra-útero. Em neonatologia não existe uma conta correta, alguns são extremamente pequenos e de baixo peso, mas de uma força gigantesca de viverem. Outros são grandalhões, mas nascem, por exemplo, com alguma malformação congênita que lhe confere logo nos primeiros dias de vida procedimentos cirúrgicos grandes e requerem cuidados específicos. E nenhum caso é igual ao outro, podem se aproximar em situações e diagnósticos, mas cada bebê e cada família ali vive e encara a internação e a luta pela vida de uma maneira única, e eis um dos mais fortes motivos pelo qual a neonatologia também me encantou desde o primeiro contato. A experiência ao longo dos anos vividos e trabalhados na neonatologia e pediatria, trouxeram além de uma segurança maior diante das situações críticas vividas no contexto de trabalho, um aprendizado quase que diário com os pequenos. grandes guerreiros e suas famílias na luta pela vida.



Capítulo I

Avaliação da dor do recém nascido

Neste primeiro capítulo será apresentado a sequência didática sobre a avaliação da dor no RN, a importância de estimativa da dor como o 5º sinal vital pela equipe de enfermagem, bem como o manejo da dor no RN.

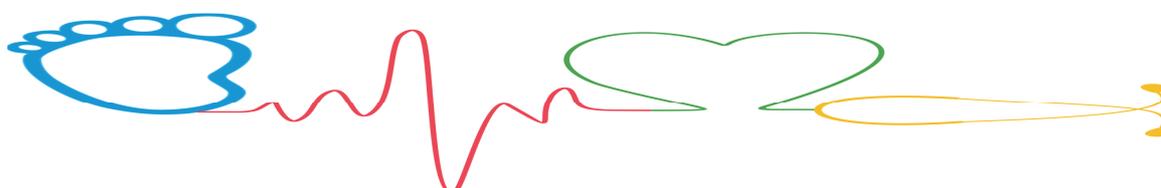
A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP), define dor como “a dor é uma experiência sensorial ou emocional desagradável, associada à uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão. A dor é sempre subjetiva”.

A dor é um dos problemas médicos mais antigos da humanidade e se apresenta como uma das causas universais de sofrimento humano (Meldrum, M. L. A Capsule history of pain Management. JAMA, 2003;290:2470-2475).

Durante muitos anos os profissionais de saúde acreditavam que as crianças, em especial os recém-nascidos não sentiam dor devido ao imaturo desenvolvimento sensorial. Até a década de 80 não havia praticamente nenhuma publicação referente ao tema dor infantil. De acordo com Silva e Silva (2006) foi no ano de 1985 que descreveu-se pela primeira vez que a percepção da dor entre adultos e crianças era diferente, e a partir de 2000 os estudos e investigações nessa área se desenvolveram de maneira progressiva.

A dor é protegida por direito, pois segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Resolução nº41 de 13/10/1995 - Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados: Artigo 7º - “Direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la.” (CONANDA, 1995).

Em neonatologia a dor é não-verbal, o que exige do profissional da enfermagem um efetivo raciocínio crítico, além de um treinamento adequado e constantes atualizações (COSTA E



CORDEIRO, 2016).

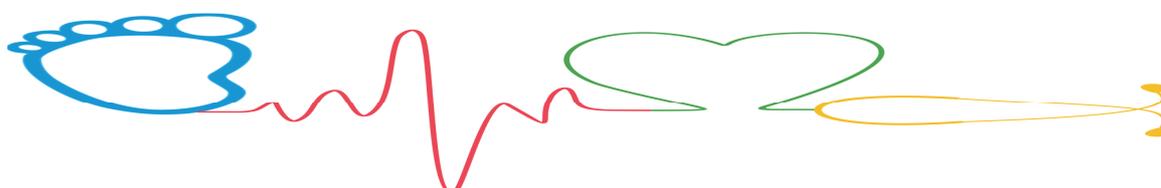
A dor é considerada como uma experiência subjetiva, não existindo dessa forma um instrumento padrão que permita ao enfermeiro a sua mensuração, sendo uma experiência complexo e pessoal, têm-se então disponíveis algumas escalas que permitem a sua avaliação (BOTTEGA, 2010).

Sabe-se que um recém-nascido é exposto diariamente de 50 a 150 procedimentos dolorosos. Salienta-se que reconhecer, mensurar e intervir na dor do RN precisa ser um compromisso dos profissionais da equipe de enfermagem que lidam diretamente com esse público (USP, 2014; MOTTA, 2013).

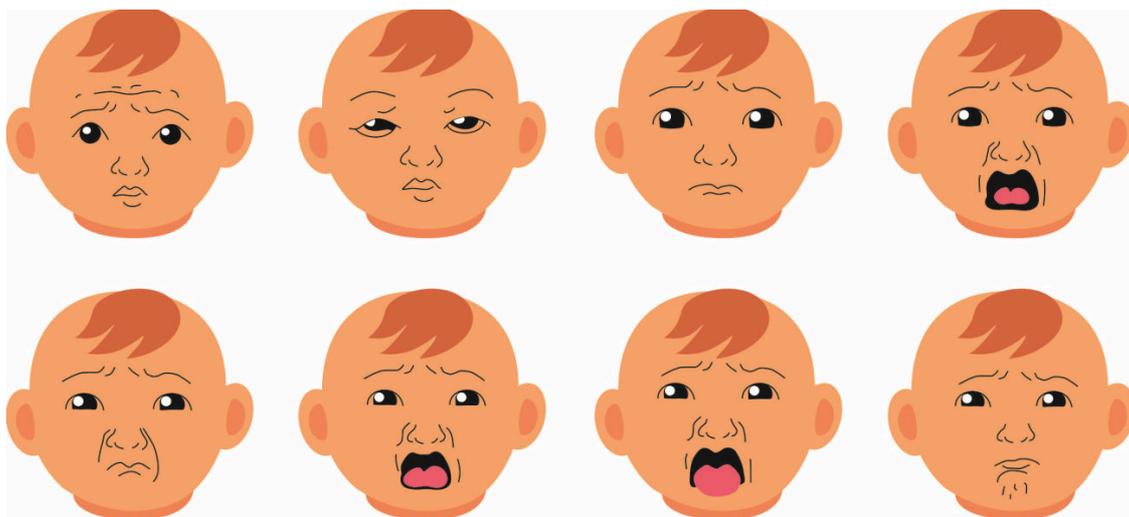
A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor apresentam a dor como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (SOUZA, 2002).

A dor é uma sensação tão complexa e com tamanha abrangência que sua avaliação já é considerada por muitos especialistas como essencial que se a aprecie como o 5º sinal vital. Saber identificar, avaliar e manejar a dor foi fundamentalmente importante para que as instituições de saúde a considerassem como 5º sinal vital, porém percebe-se que essa prática avaliativa ainda ser pequena nos hospitais.

A Sociedade Brasileira para Estudo da Dor estimula “hospital sem dor, diretrizes para a implantação da dor como 5º sinal vital”, e define a necessidade da dor ser reconhecida como 5º sinal vital com objetivo de elevar a conscientização entre os profissionais de saúde sobre o tratamento da dor. James Campbell (1996) -



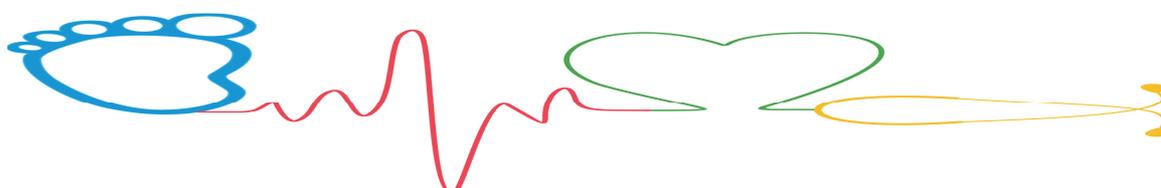
Presidente da Sociedade Americana de Dor, foi quem mencionou pela primeira vez este conceito, e alude que caso a dor fosse aliviada e tratada com o mesmo zelo como se faz com os outros sinais vitais haveria uma melhor chance de promover tratamento adequado.



Em uma revisão integrativa sobre escalas de avaliação de dor em recém-nascidos constatou que existem ao menos 29 escalas para avaliação de dor em RN de publicações científicas analisadas (MELO ET AL, 2014).

Diferenciando estas escalas existe o contexto de que algumas avaliam a dor em forma de intensidade (unidirecionais), enquanto outras avaliam as dimensões múltiplas da dor (multidirecionais), porém para enquadramento de confiabilidade sugere-se o uso de alguma escala validada.

A escala NIPS é um instrumento multidirecional, criada em 1993 no Canadá, por pesquisadores do *Children's Hospital of Eastern Ontario*, publicando assim um estudo intitulado *The development of a tool assess neonatal pain*, que teve como objetivo o desenvolvimento de uma ferramenta para avaliação da dor em RN



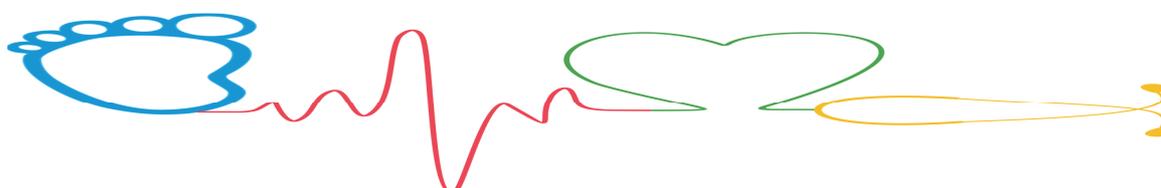
prematturos e a termo. Após testes clínicos da escala durante procedimentos dolorosos em bebês, a escala evidenciou alta confiabilidade em testes estatísticos, com isso a NIPS demonstra que a escala provê uma medida de intensidade para a dor no RN, e dessa forma confirma a relação entre procedimentos invasivos e a resposta de dor dos bebês (MOTTA, 2013).

Para muitos autores a utilização das escalas multidirecionais tornam-se mais adequadas por serem capazes de avaliar em conjunto respostas comportamentais associadas às fisiológicas da dor no recém-nascido, tornando essa abordagem mais completa (MELO ET AL, 2014).

Em um estudo intitulado como *Adaptação transcultural e validação clínica da NIPS para uso no Brasil*. Utilizando os passos propostos por Beaton de adaptação transcultural e instrumentos de medida em saúde, realizou as etapas de tradução inicial, síntese entre outros tradutores, retrotradução, revisão por comitê de especialistas e testagem da versão pré-final, com o intuito de garantir equivalência entre instrumento original e traduzido. Vale ressaltar que este trabalho dispôs do consentimento e permissão do *Children's Hospital of Eastern Ontario* o qual é detentor dos direitos da NIPS e do seu autor original para que a escala pudesse ser traduzida e validada clinicamente (MOTTA, 2013).

Durante a avaliação da dor no RN destaca-se com bastante êxito aspectos relacionados com a experiência profissional do cuidador. Além do aspecto de uma escala de escolha adaptada ao serviço, é essencial que a aplicação clínica seja fácil e com validação.

Em uma pesquisa onde foi descrito que fora utilizada a



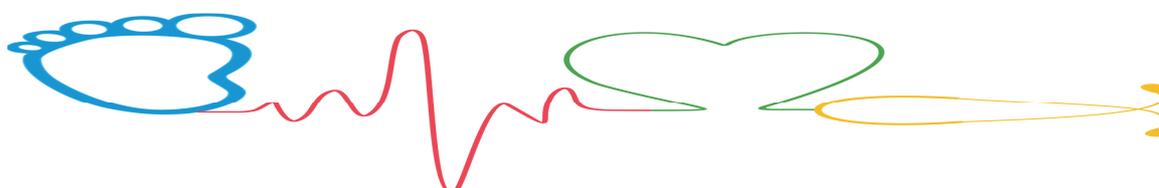
escala NIPS a fim de padronizar e facilitar a avaliação da dor no recém-nascido, pois é uma escala multidirecional e decodifica tanto sinais comportamentais quanto fisiológicos ao mesmo tempo (COSTA E CORDEIRO, 2016).

vários indicadores podem ser utilizados na avaliação, tanto na quantificação quanto qualificação do estímulo doloroso, e que quando analisados de forma conjunta, permitem a discriminação entre dor e outros estímulos não-dolorosos (SILVA E SILVA, 2006).

São consideradas variáveis fisiológicas utilizadas para avaliar a dor na prática clínica: a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a pressão arterial, a saturação de oxigênio, as tensões transcutâneas de oxigênio e de dióxido de carbono e as dosagens hormonais, ligadas à resposta metabólica de estresse, entre outras, porém destaca que em geral não podem ser utilizadas de forma isolada (SILVA E SILVA, 2006).

Dentre os parâmetros fisiológicos de dor, os mais utilizados para a avaliação do fenômeno doloroso na prática clínica são a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial sistólica. Tais medidas, embora objetivas, não são específicas. Observam-se alterações similares após um estímulo nociceptivo ou depois de um estímulo desagradável, mas não doloroso, além de sofrerem influência da condição clínica do indivíduo. Os parâmetros fisiológicos parecem úteis para avaliar a dor à beira do leito, mas, em geral, não podem ser usados de forma isolada para decidir se o recém-nascido apresenta dor e se há necessidade do uso de analgésicos (GUINSBURG, 2010).

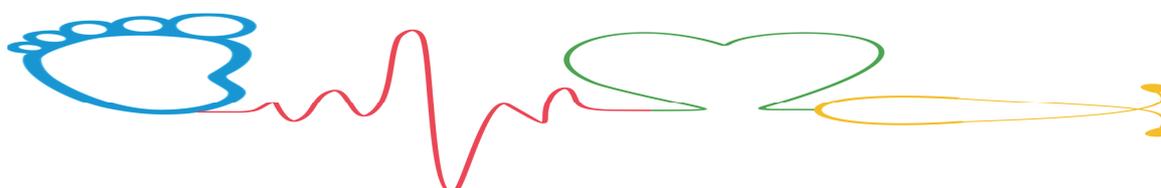
O choro juntamente com a mímica facial de dor e a atividade motora, são as principais variáveis comportamentais no contexto da dor do recém-nascido (SILVA E SILVA, 2006).



O choro é considerado como sinal primário de comunicação nos RN, porém em torno de 50% desses neonatos não apresentam o choro durante os procedimentos doloroso, o que demonstra ser um sinal de alerta e que reforça a ideia primordial de que a dor no RN deve ser avaliada de forma criteriosa e correta. Porém existem os casos de prematuros de extremo baixo peso, o qual a maioria encontram-se entubados para ventilação pulmonar mecânica, o que os impedem de chorar. Nestes casos é indicado a análise da atividade motora de forma isolada como método sensível de avaliação da dor (MOTTA, 2013; SILVA E SILVA, 2006).

A avaliação comportamental da dor fundamenta-se na modificação de determinadas expressões comportamentais, após um estímulo doloroso. As respostas comportamentais à dor mais estudadas são a resposta motora à dor, a mímica facial, o choro e o padrão de sono e vigília. Atribui-se importância crescente a essas medidas comportamentais, uma vez que elas parecem representar uma resposta mais específica ao estímulo doloroso, comparadas aos parâmetros fisiológicos acima descritos. Entretanto, tais parâmetros têm a desvantagem de possuírem pouca precisão quanto à mensuração do fenômeno doloroso, dependendo da interpretação do observador, ou seja, trata-se de uma medida sujeita à avaliação subjetiva de cada observador. Apesar dessa ressalva, o comportamento que o neonato apresenta diante de um estímulo nociceptivo é uma forma de comunicação entre ele e seu cuidador. Assim, discutir-se-á a seguir com maior detalhe as alterações comportamentais desencadeadas pela dor, que, em última análise, se constituem na linguagem da dor no recém-nascido (GUINSBURG, 2010).

Diante de um estímulo doloroso, o recém-nascido apresenta



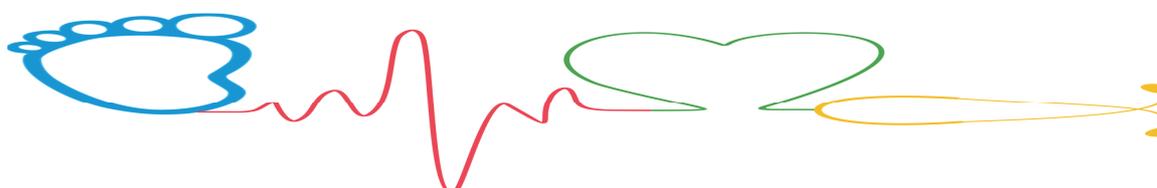
rigidez do tórax, flexão e extensão das extremidades e movimentos específicos das mãos.

Nesse contexto, os profissionais envolvidos com o cuidado ao lactente pré-verbal e, de maneira específica, ao recém-nascido devem estar aptos a decodificar a linguagem de dor própria dessa faixa etária, a fim de que possam exercer a sua função e obrigação máximas como médicos ou profissionais de saúde: diminuir o sofrimento do paciente, lembrando existir um substancial corpo de evidências científicas para indicar que o neonato não só sente dor, mas que a dor pode ter repercussões orgânicas e emocionais que comprometem o seu bem-estar em curto prazo e que podem modificar de forma permanente a organização do sistema nociceptivo, além de potencializar a suscetibilidade destes pacientes a alterações cognitivas, psicossomáticas e psiquiátricas na infância e na adolescência. (GUINSBURG, 2010, p. 2).

O manejo da dor pode ocorrer pela atuação dos profissionais de enfermagem de duas maneiras: de forma farmacológica (medicações prescritas por profissionais médicos), e com medidas não-farmacológicas que são ações de conforto e utilização de métodos para alívio da dor no RN.

São consideradas como medidas farmacológicas as medicações de efeito analgésico, anestésico ou sedativo. Essas medicações são prescritas pelo médico da unidade e normalmente aprazadas de horário (horário fixo), se necessário (S/N) ou a critério médico (ACM) (SPOSITO ET AL, 2017).

Destacamos que as atividades de medidas não farmacológicas no manejo da dor no RN existe a responsabilidade da enfermagem na prevenção e minimização da dor nos RN durante a internação, já que cabe a enfermagem a realização da maior parte dos procedimentos dolorosos (MORAIS ET AL, 2016).



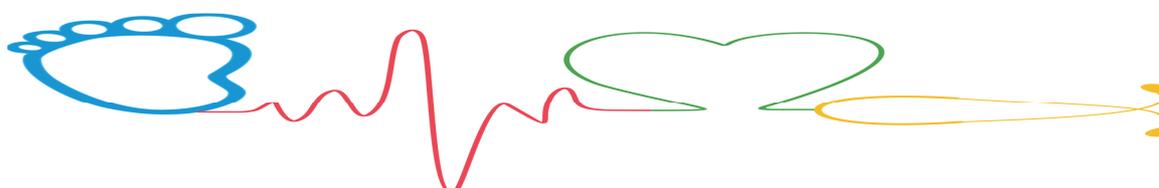
As estratégias farmacológicas são indicadas para a dor severa e intensa, geralmente ocasionada por procedimentos invasivos, prolongados, de maior complexidade, incluem o uso de opióides, anestésicos locais, ingestão de glicose a 25,0%, dentre outros(10). Intervenções não farmacológicas têm sido recomendadas para o alívio e o manejo da dor durante procedimentos relacionados com a dor aguda, de intensidade leve a moderada. Possuem eficácia comprovada e apresentam baixo risco para os bebês, assim como baixo custo operacional, no que se refere aos cuidados intensivos. Podem ser utilizados métodos como sucção não nutritiva, solução glicosada, aleitamento materno, posição canguru, musicoterapia, massagens terapêuticas, entre outras.(Morais et al, 2016, p. 437).

De fato os métodos não farmacológicos tem demonstrado grande eficácia na promoção do alívio da dor em neonatos (MORAIS ET AL, 2016).

Sobre os métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no RN, ao realizar uma verdadeira avaliação consegue-se determinar as ações adotadas para prevenção, alívio e cessão da dor e ao mesmo tempo consegue-se avaliar a eficácia de tais métodos. A reflexão dos profissionais da saúde devem ser sempre COMO e QUANDO utilizar os métodos não farmacológicos para o alívio da dor? (CORDEIRO e COSTA, 2014).

São considerados intervenções não farmacológicas para o alívio da dor: ambiente humanizado, aleitamento materno, manobra de contenção, Método Canguru, solução oral de glicose/sacarose, sucção não nutritiva , musicoterapia, toque, posicionamento confortável, (OLIVEIRA et al, 2016; MORAIS et al, 2016).

Intervenções não farmacológicas têm sido recomendadas para o alívio e o manejo da dor durante procedimentos relacionados com dor aguda, de intensidade leve a moderada. Possuem eficácia



comprovada e apresentam baixo risco para os bebês, assim como baixo custo operacional, no que se refere a cuidados intensivos (MORAIS et al, 2016, p.437).

Após a leitura desse texto, vamos testar os conhecimentos adquiridos correlacionando a teoria com o que podemos encontrar na prática sobre avaliação e manejo da dor no RN. Aproveite este momento de discussão de casos clínicos em grupo, para também dividir a sua experiência prática em relação a dor no RN com os seus colegas de trabalho.

Caso 1: Necessidade de procedimentos invasivos ao nascimento.

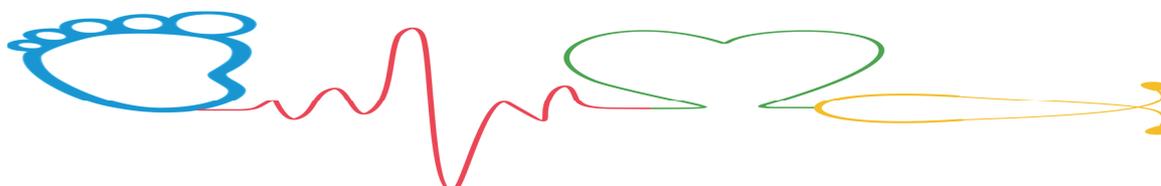
Recém-nascido, sexo feminino, nascido de parto cesáreo de urgência por descolamento prematuro de placenta, prematuro com IG=36 sem, AIG, peso de nascimento 3200 g, Apgar 1º e 5º minuto: 05 e 07 respectivamente, nasce hipotônico, com cianose de extremidades, gemente e taquipneico, sendo necessária intervenção ainda em sala de parto com ventilação com pressão positiva (VPP) em oxigênio, e solicitado vaga em UTI Neonatal devido a Síndrome do Desconforto Respiratório. Devido a VPP ao nascimento, desenvolve pneumotórax compressivo, evidenciado em exame de RX. Evoluindo para a colocação de dreno de tórax à D, e permaneceu com tal dispositivo para tratamento durante 5 dias, até a sua remoção.

- Quais os possíveis procedimentos durante a internação que causaram dor ao recém-nascido?

- Levando em consideração o tratamento para dor utilizado neste caso, você o avalia como adequado?

**Caso 2: Necessidade de procedimento cirúrgico ao nascimento.*

RN do sexo feminino, nascimento por parto cesáreo, IG=37 semanas,



Apgar: 8/10, Peso de nascimento 2950 gramas, estatura 47 cm, bolsa rota há 7 dias. Em sala de parto, ao atendimento inicial e rotineiro de nascimento constata-se não progressão de SOG e ânus imperfurado. Com 01 dia de vida realiza as cirurgias de ligadura de fistula traqueal e tentativas de aproximação de cotos esofágicos, além de gastrostomia e colostomia. Volta do centro cirúrgico entubado, sendo colocado em VPM e sedado com midazolam e fentanyl.

- a) Discutir a efetividade da analgesia neste tratamento.
- b) Quais medidas não-farmacológicas poderiam ser utilizadas neste caso?
- c) Quais possíveis sinais e sintomas este RN poderia apresentar em um momento de dor aguda?

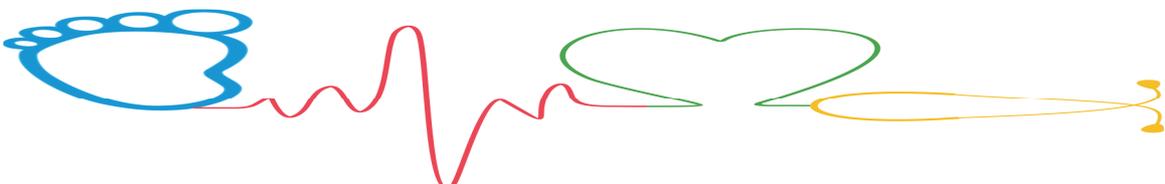
**Caso 3: Necessidade de punção venosa e glicemia capilar.*

RN nascido de parto cesáreo, mãe diabética, GIG (grande para idade gestacional), peso de nascimento 4300 gramas, com três horas de vida apresenta os seguintes sintomas: tremores, irritabilidade e choro. A dosagem de glicose capilar foi de 35 mg/dl, e o médico solicitou soroterapia IV.

- a) Neste caso quais os procedimentos dolorosos necessários foram realizados?
- b) Liste quais procedimentos a enfermagem poderia proporcionar para alívio da dor no exato momento dos estímulos dolorosos.

**Caso 4: Situação de cuidados paliativos neonatais:*

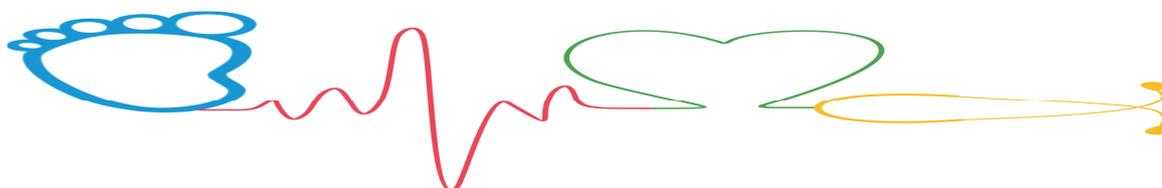
RN do sexo masculino nascido de parto cesáreo, IG=36 semanas e 05 dias, nascido com peso de 2530 gramas, em ultrassonografia



realizada às 26 semanas de gestação descobriu-se que bebê era portador de onfalocele, cardiopatia e deficiência renal. Após diagnóstico genético, foi constatado a trissomia 18 ou Síndrome de Edwards. Devido à gravidade do caso associado à diversas anomalias ao nascimento apresentadas, trata-se de um caso com prognóstico reservado e/ou cuidados paliativos.

- a) Esse bebê sente dor?
- b) Quais medidas de conforto a equipe de enfermagem pode oferecer ao bebê e à família neste caso?
- c) Descreva qual seu entendimento cuidados paliativos em neonatologia.

Agora que você já estudou sobre dor e já fixou os conteúdos com os casos clínicos, vamos formar a equipe para avaliação e manejo da dor no RN. A seguir será apresentado a oficina para treinamento com a equipe de enfermagem, para que a mesma fique apta a essa prática profissional.



Público-Alvo:

Esta oficina é destinada à profissionais da área da enfermagem que estão em assistência direta e cuidados com recém-nascidos.

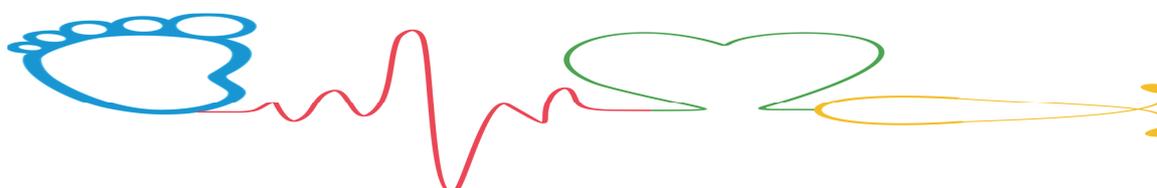
Escolha do tema:

Recém-nascidos sentem mais dor que crianças mais velhas, devido às vias de recepção da dor estarem bem desenvolvidas, porém as vias inibitórias ainda estarem em desenvolvimento. Em uma internação no período neonatal, um bebê pode receber de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia, dependendo da sua gravidade, idade gestacional, peso e tempo de vida.

Em face de tamanho estresse, desconforto e dor podem prejudicar o desenvolvimento cerebral, dessa forma sugere-se a avaliação da dor como 5º sinal vital a fim de diminuir a morbimortalidade infantil, diminuir os atrasos no desenvolvimento e agravo de sequelas neurológicas em bebês.

Objetivos:

- Capacitar profissionais da área da enfermagem na avaliação e manejo da dor no recém-nascido, através de métodos e processos de educação em saúde.*
- Desenvolver oficinas educativas com os profissionais da enfermagem que contemplem métodos de ensino para educação continuada de profissionais que estejam inseridos no cuidado com recém-nascidos.*
- Proporcionar aos profissionais da enfermagem em cuidado com recém-nascidos que tenham contato com o método avaliativo de dor no RN, Escala NIPS.*



Método de Ensino

O método de ensino utilizado será o de aprendizagem significativa, já levando em consideração os saberes prévios dos participantes, além de uma prática pedagógica problematizadora, onde os conteúdos são vistos de forma integral, contextualizados e com aplicação prática.

Número de participantes

Sugere-se um número de no máximo 20 participantes por oficina.

Duração

1º Dia: manhã e tarde e 2º Dia: manhã. Equivalente a 12 horas ou 6 horas/aula.

Ambiente

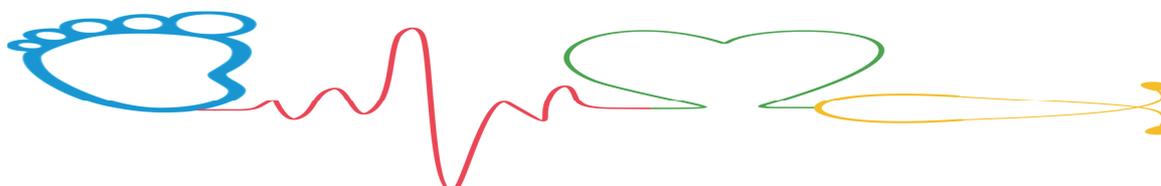
Anfiteatro com recurso de mídia (Datashow). Material impresso a ser fornecidos aos participantes com texto de apoio que estará direcionado ao conteúdo da aula expositiva.

Materiais utilizados

Além do ambiente com recursos de mídia para aula expositiva, será necessário disponibilizar aos participantes do grupo o material escrito com texto de apoio e a escala NIPS para realização das atividades durante a oficina.

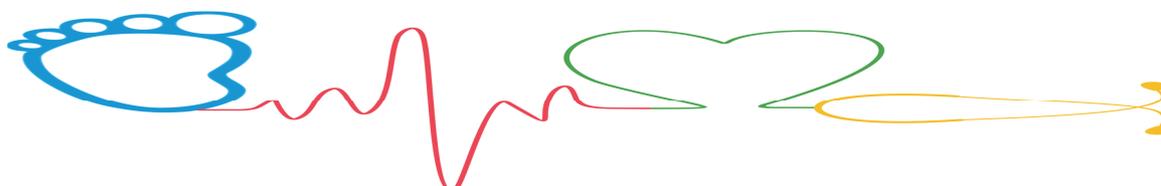
Recursos Humanos

Mínimo de 1 tutor, com a presença de pelo menos mais 3 facilitadores.



Execução e avaliação das oficinas

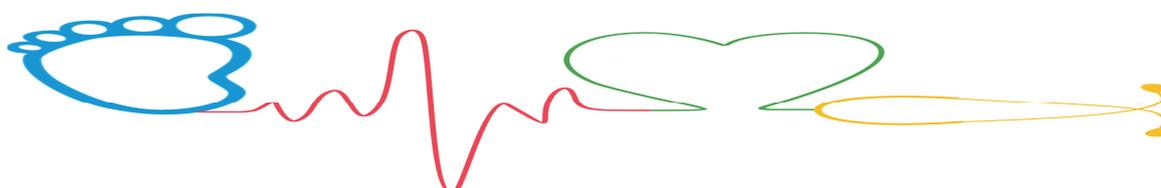
<i>Oficina Avaliação da dor no recém-nascido</i>	
<i>8h - Entrega de material</i>	<i>Os participantes serão recepcionados, assinarão uma lista de presença e receberão material necessário para ser utilizado na oficina.</i>
<i>8h30 - Abertura</i>	<i>Haverá uma breve apresentação dos tutores / facilitadores que irão conduzir a oficina, se identificando com nome e breve histórico profissional. Serão expostos também os objetivos a serem alcançados com a proposta da oficina.</i>
<i>9h - Apresentação dos participantes</i>	<i>Cada participante irá realizar a sua apresentação pessoal, com nome e unidade de trabalho.</i>
<i>9h30 - Dinâmica dos sentidos</i>	<i>Nesta oficina utilizaremos a Dinâmica dos sentidos, que tem como objetivo refletir sobre a importância dos sentidos, simulando algumas sensações dos bebês nos participantes. (ANEXO A).</i> <ul style="list-style-type: none"> - Reunir os participantes em um círculo. - Pedir para que fechem os olhos. - Ao término estimular a participação de todos. - Solicitar que destaquem seus sentimentos e pontos positivos e negativos da vivência. <i>Relacionar com o dia a dia de trabalho.</i> <i>Tempo sugerido: 1h</i>
<i>10h- Intervalo</i>	<i>Tempo sugerido 15 minutos.</i>
<i>10h15 - Exposição de conteúdo</i>	<i>Apresentação de conteúdo, com aula expositiva que deverá ser conduzida por um dos tutores, e material de apoio contendo textos e sugestões de leitura. Sugere-se utilização de recursos como aulas preparadas com slides, apresentando os temas de como avaliar a dor no recém-nascido, a dor como 5º sinal vital, a escala NIPS e as formas de manejo da dor. Recomenda-se a utilização de figuras, fotos e vídeos para dar dinamicidade a apresentação.</i>
<i>12h15 - Almoço</i>	<i>tempo sugerido 1h 45 minutos.</i>
<i>14 h - Testando conhecimentos</i>	<i>Será realizada neste momento a discussão em grupo de 04 casos clínicos. Casos clínicos presentes nesse material, ou de escolha do tutor.</i>
<i>16 h - Intervalo</i>	<i>Tempo sugerido 15 minutos.</i>



16h15 - Atividade prática	Desafio diagnóstico: neste momento cada aluno munido de uma escala NIPS em mãos, deverá avaliar a dor de um recém-nascido apresentando em forma de fotos ou vídeos. Escala NIPS em ANEXO B.
17h - Roda de conversa e avaliação da oficina	Ao final da oficina pretende-se que os profissionais de saúde participantes estejam aptos a avaliar e manejar a dor em um recém-nascido, entendendo a importância prática e fisiológica dessa avaliação na vida dos bebês aos seus cuidados.
18h - Encerramento	Finalização das atividades no 1º dia de oficina.

2º dia de Oficina

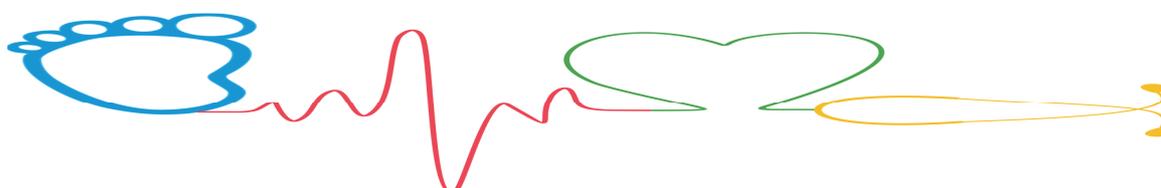
Oficina Avaliação da dor no recém-nascido	
8h - Início	Recepção dos participantes.
8h30 - Dinâmica - Quadro de Visualização Móvel	<p>Nesta segunda parte da oficina iremos utilizar a Dinâmica - Quadro de Visualização Móvel, que tem como objetivo a interação e reflexão dos participantes sobre a importância do manejo da dor sob perspectiva da utilização de intervenções não-farmacológicas (APÊNDICE B).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separar os participantes em 4 grupos de 5 pessoas cada. - Entregar a cada participante um pedaço de papel kraft pequeno (retangular com medida aproximada de 40x20 cm) e um canetão. - Cada grupo deverá responder a pergunta disparadora em seus papéis após uma roda de conversa com os colegas de grupo, com uma atividade, intervenção ou sugestão. Pergunta: Como a enfermagem pode atuar no controle da dor em recém-nascidos? - Em um quadro, o facilitador deverá organizar juntamente com os participantes uma síntese em formato de núcleos de sentido com as tarjetas de cada participante. <p>Tempo sugerido: 1h</p>



10h- Intervalo	Tempo sugerido 15 minutos.
10h15 - Segunda Parte da Dinâmica - Quadro de visualização Móvel	<p>Segunda Parte da Dinâmica - Quadro de visualização Móvel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Após a leitura e visualização dos agrupamentos de núcleos de sentido, os participantes deverão em um papel kraft longo realizar a confecção de uma prescrição de enfermagem em forma de tópicos. - A prescrição de enfermagem construída pelo grupo, deverá ser colocada lado a lado com uma prescrição feita previamente pelo facilitador e/ou utilizar modelo presente no APÊNDICE A, para que dessa forma possa ser concebido as potencialidades e fragilidades apresentada pelo grupo de participantes.
11h - Avaliação	Em formato de roda de conversa o facilitador deverá realizar uma interlocução sobre como e quando os profissionais devem utilizar os métodos não farmacológicos para alívio da dor no RN, e após a comparação das prescrições de enfermagem construídas pelos participantes versus apresentada pelo facilitador (APÊNDICE B), dialogar sobre quais as terapêuticas funcionariam adequadamente na unidade de serviço do grupo.
11h - Encerramento	Entrega de certificados

Considerações finais

Ao final desta oficina, pretende-se que os profissionais de saúde participantes estejam aptos a avaliar e manejar a dor em recém-nascidos, munidos da importância prática e fisiológica deste julgamento na vida dos bebês sob seus cuidados. São imprescindíveis o conhecimento dos itens: Importância da avaliação da dor no recém-nascido, Causas da dor no RN, Sinais e sintomas da dor no RN e Manejo da dor no RN com medidas não farmacológicas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA ESTUDO DA DOR (IASP). Disponível em <http://www.iasp-pain.org/>. Acesso em 25/05/2017 às 02:30hs.

BOTTEGA, F. H; Fontana, R. T. **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 283-90.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA) – Resolução nº41 de 13/10/1995. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda>. Acesso em 16/05/2018 às 09:05 hs.

CORDEIRO, R. A.; COSTA, R. **Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jan-Mar;23(1): 185-92.

COSTA, R; CORDEIRO, R. A. **Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal.** Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(1):e11298.

Universidade de São Paulo (USP). **Curso de Atenção à Saúde do Recém-Nascido de Risco: superando pontos críticos – 2ª edição. 2014.** Para verificar a autenticidade deste certificado, acesse o endereço <http://telemedicina.fm.usp.br/certificado/validar.aspx> Código: 108848-1

GUINSBURG, R. **A linguagem da dor no recém-nascido.** Documento Científico do Departamento de Neonatologia . Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: 2010.

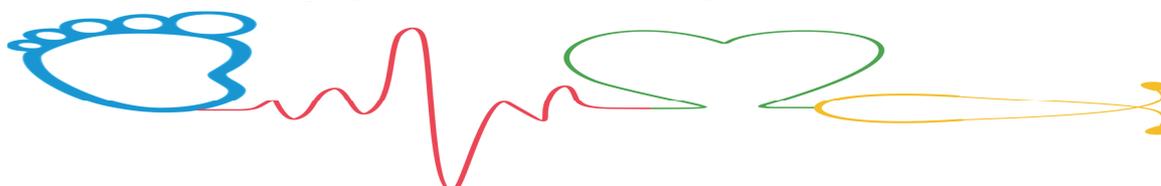
OLIVEIRA, C. W. L.; SILVA, J. V. F.; RODRIGUES, A. P. R. A.; JÚNIOR, A. F. S. X.; TENÓRIO, G. M. **Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em unidade de terapia intensiva neonatal.** Ciência Biológica e da Saúde, Maceió, 2016 Abr; 3(2): 123-34.

MELDRUN, M. L. **A Capsule history of pain Management.** JAMA, 2003;290:2470-2475

MELO, G. M. *et al.* **Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa.** Rev Paul Pediatr. 2014;32(4):395–402.

MORAIS, A. P. S.; FAÇANHA, S. M. A.; RABELO, S. N.; SILVA, A. V. S.; QUEIROZ, M. V. O.; CHAVES, E. M. C. **Medidas não farmacológicas no manejo da dor em recém-nascido: cuidado de enfermagem.** Ver Rene, 2016 maio-jun; 17(3): 435-42.

MOTTA, G. C. P. **Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Infant**



Pain Scale para uso no Brasil. Dissertação (mestrado). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2013.

SILVA, Y. P; SILVA, J. F. **Dor em Pediatria.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

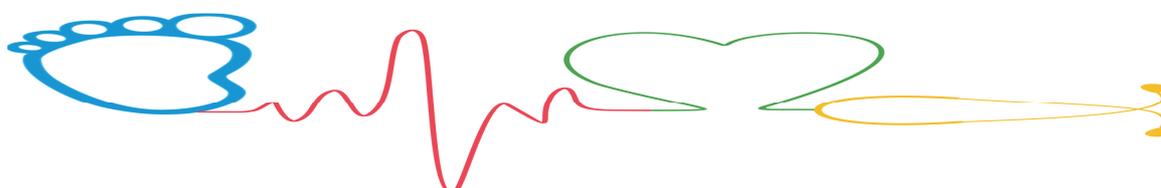
MORAIS, A. P. S. *et al.* **Medidas não farmacológicas no manejo da dor em recém-nascido: cuidado de enfermagem.** Rev Rene. 2016 maio-jun; 17 (3): 435-42.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS PARA A DOR (SBED). Disponível em http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=65. Acesso em 25/05/2017 às 01:12hs.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS PARA A DOR (SBED). Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital São Paulo, 1983. Disponível em <http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp>. Acesso em: 15 out 2012.

SOUZA, F. A. E. F. **Dor: o quinto sinal vital.** Rev Latino-am Enfermagem, 2002 maio-junho; 10(3):446-7 www.eerp.usp.br/rlaenf

SPOSITO, N. P. B. *et al.* **Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo transversal.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017; 25:e2931.



Capítulo II

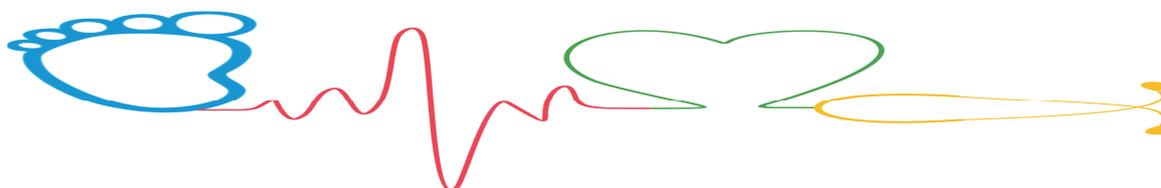
Cuidados da enfermagem em fototerapia

Neste capítulo abordaremos o tema de hiperbilirrubinemia e o seu tratamento com fototerapia em forma também sequenciada, por entendermos que a icterícia ocorre em muitos recém-nascidos e seus cuidados no tratamento merecem ser conhecidos e ampliados.

De acordo com o Guia de Atenção à Saúde do Recém-Nascido 98% dos recém-natos apresentam icterícia na primeira semana de vida, a denominada icterícia fisiológica. Porém uma hiperbilirrubinemia significativa também ocorrem com frequência em decorrência de oferta inadequada de leite, perda de peso elevada e desidratação. Sendo a causa mais frequente de reinternações após o nascimento em leitos pediátricos, constituindo um problema comum na primeira semana de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A hiperbilirrubinemia apresenta-se em sua grande maioria de forma benigna, porém, quando excessivamente elevada, pode causar sérios prejuízos ao sistema nervoso dos recém-nascidos (RN), principalmente devido à altas precoces na primeira semana de vida e a falta de um acompanhamento ambulatorial adequado. Esses fatores elevam a probabilidade de que icterícias acentuadas passem despercebidas pela família do recém-nascido, podendo contribuir para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemias graves, e que caso não forem tratadas a tempo, podem evoluir para sequelas neurológicas nos bebês. (FACCHINI et al., 2007).

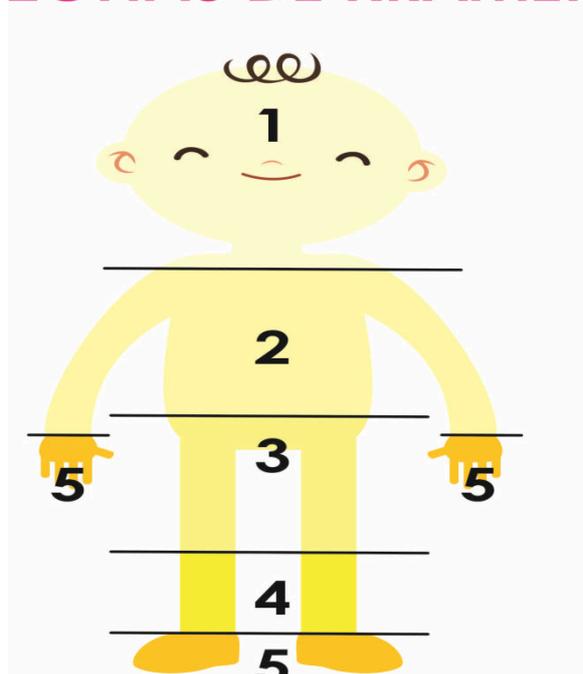
A hiperbilirrubinemia neonatal, ou icterícia neonatal se caracteriza ao exame físico pela coloração amarelada de pele, mucosas e escleróticas, em virtude do aumento dos níveis séricos de bilirrubina no sangue, e que ocorre pela incapacidade do fígado em conjugar a bilirrubina produzida (RIBEIRO, PACHECO E AGUIAR, 2014).



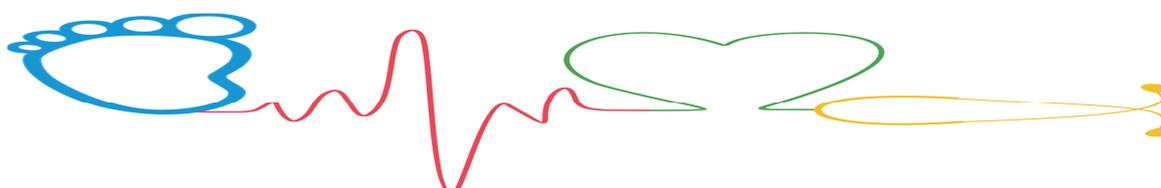
A hiperbilirrubinemia é um achado comum em neonatos, sendo muitas vezes benigno, porém em alguns casos pode indicar um estado patológico. As principais causas da hiperbilirrubinemia significativa são: oferta láctea não adequada, perda de peso e desidratação (HOCKENBEERRY e WINKELSTEIN, 2006).

O grau de icterícia é determinado quando se quantifica a bilirrubina (total e frações) no sangue do bebê. Além de uma avaliação física conjunta com a observação de sinais clínicos, onde se pondera a sua intensidade (expresso em cruzes) e a sua abrangência corpórea, determinadas pelas Zonas de Kramer. Importante salientar que a progressão da hiperbilirrubinemia ocorre de forma céfalo-caudal.

ZONAS DE KRAMER



Existem 4 tipos de icterícia: a fisiológica, a patológica, a associada à amamentação e a tardia provocada pelo leite materno.

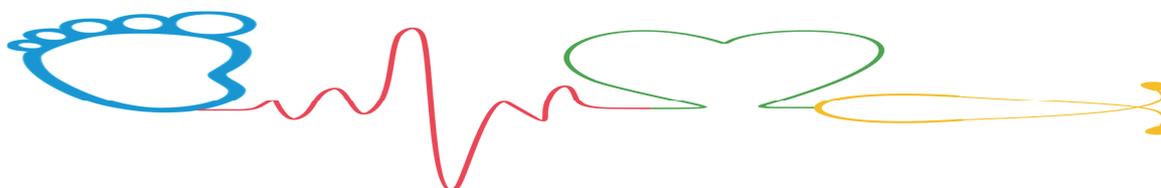


A *Icterícia Fisiológica* ocorre após as 24 horas de vida do RN, normalmente entre 48 e 72 horas de vida, e sucedem em virtude do aumento de bilirrubina nas células hepáticas, pela captação deficiente da bilirrubina, pela conjugação defeituosa e pela eliminação deficiente da bilirrubina (RIBEIRO, PACHECO E AGUIAR, 2014).

Já a *Icterícia Patológica* tem seu início precoce, nas primeiras 24 horas de vida, e são resultantes de: doenças hemolíticas como incompatibilidades sanguíneas materno-fetal, coleções sanguíneas extra vasculares (hematomas, petéquias, céfalo-hematomas, equimoses, hemorragias intracranianas), policetemia, lesão celular hepática, sepse, galactosemia, erros inatos do metabolismo, hipotireoidismo, filho de mãe diabética, atresia biliar, estenose biliar, cisto colédoco, fibrose cística, obstrução biliar extrínseca e associada a infecções (RIBEIRO, PACHECO E AGUIAR, 2014).

Icterícia associada à Amamentação é relacionada a amamentação insuficiente, pois os níveis de bilirrubina ficam altos devido a baixa ingestão de leite humano e por consequência uma eliminação de mecônio diminuída. Suas principais causas são mamadas não efetivas ou pouco frequentes e insuficiência de leite materno (RIBEIRO, PACHECO E AGUIAR, 2014).

Icterícia tardia provocada pelo leite materno tem baixa incidência (0.5%) e ocorre de forma tardia, após 5º ou 7º dia de vida, tem seu pico entre os dias 10º e 15º dia de vida e pode se ampliar até os 3 meses de vida. Suas causas ainda não são totalmente conhecidas, mas acredita-se num erro de conjugação da bilirrubina indireta (RIBEIRO, PACHECO E AGUIAR, 2014).



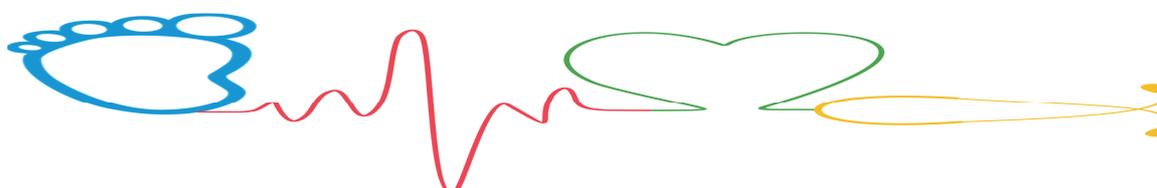
<i>Tipo de Icterícia</i>	<i>Início</i>	<i>Pico</i>
<i>Fisiológica</i>	<i>48h - 72h de vida</i>	<i>RNT entre o 3º e 5º DV: BT 13 mg/dl RNPT entre o 5º e 7º DV: BT 15 mg/dl</i>
<i>Da Amamentação</i>	<i>2º ao 4º DV</i>	<i>3º ao 5º DV</i>
<i>Do Leite Materno</i>	<i>5º ao 7º DV</i>	<i>10º ao 15º DV podendo estender-se até 3º mês de vida</i>
<i>Patológica</i>	<i>Nas primeiras 24 hs</i>	<i>RNT 1º DV: BT >13 mg/dl RNPT 1º DV: BT >15 mg/dl</i>

Fonte: RIBEIRO, PACHECO e AGUIAR. *Enfermagem Neonatal: Conceitos e Práticas* (2014)

A indicação de fototerapia ocorre de acordo com o tipo de icterícia e de características do RN, como idade gestacional e o peso de nascimento, presença ou ausência de asfixia, equimoses, entre outros atributos, necessitando de análise em um contexto global do RN, associado a sua história perinatal e o nível sérico de bilirrubina, verificado em exames sanguíneo (MOREIRA, LOPES E CARVALHO, 2004).



A fototerapia consiste no tratamento para icterícia ou hiperbilirrubinemia, sendo o mais comum no período neonatal.



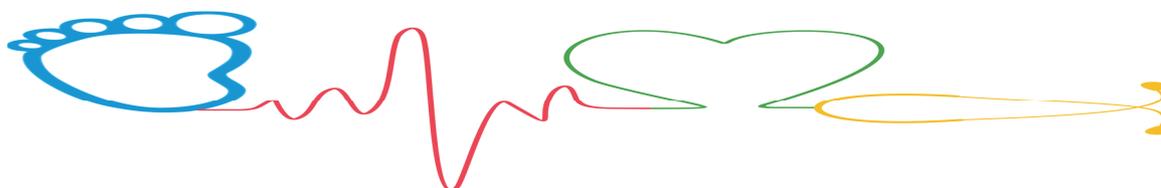
Existem dados que 98% dos bebês apresentam a icterícia fisiológica na primeira semana de vida, e que a icterícia patológica é causa mais frequente de internações em leitos hospitalares pediátricos (BRASIL, 2011).

O ato de expor o bebê à luz, ao se iniciar o tratamento com a fototerapia, não implica, necessariamente, que o recém-nato esteja recebendo tratamento adequado. Fatores que, inicialmente, parecem ter pouca relevância podem interferir de forma determinante na eficácia do tratamento. Sugerem que algumas práticas adotadas pelos profissionais de saúde podem diminuir a eficácia da fototerapia (VIEIRA, LIMA, CARVALHO E MOREIRA, 2004).

Tendo em vista essa deficiência de eficácia de tratamento da fototerapia, e em face dos cuidados serem realizados de forma correta e respeitando também as indicações e particularidades de cada recém-nascido. Por este motivo é tão importante o conhecimento e um plano de cuidados de enfermagem para a equipe.

Cuidados de Enfermagem em fototerapia:

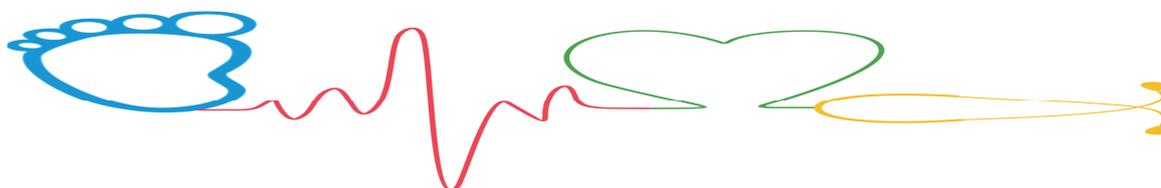
- Verificar o tempo de permanência (vida útil) das lâmpadas nos aparelhos de fototerapia.
- Manter a fototerapia a uma distância segura do recém-nascido sob o risco de lesão de pele por queimadura.
- Manter RN despido (sem roupas ou fralda), sempre que possível.
- Manter a proteção ocular enquanto o aparelho de fototerapia estiver ligado. Podendo ser permitido o desligamento do aparelho por curtos períodos permitindo dessa forma momentos de interação/ fortalecimento de vínculo entre o bebê e os pais e horários de amamentação em livre demanda.



- Nunca utilizar soluções oleosas enquanto durar o tratamento de fototerapia. Sob risco de queimadura da pele do bebê.
- Controle rigoroso de temperatura corporal.
- Realizar o controle e avaliação de estado de hidratação do RN
- Realizar o controle rigoroso de diurese e evacuação.
- Estimular aleitamento materno em livre demanda, ou retirar RN para mamar 3/3 horas.
- Retirar RN de fototerapia 15 minutos antes do banho, risco de mudança brusca de temperatura.
- Comunicar os pais antes do início do tratamento com fototerapia, e realizar as orientações com procedimentos e cuidados que serão realizados no bebê.
- Realizar o teste do aparelho antes de instalá-lo, avaliar radiância adequada.
- Realizar medidas de conforto para bebês e famílias sempre que possível.



Existem ainda poucas evidências científicas sobre a humanização nos cuidados de fototerapia, mas podemos reconhecer que medidas de conforto serão sempre bem-vindas e



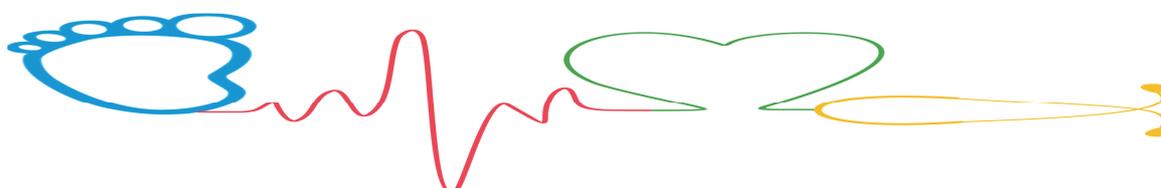
ajudam na eficácia da terapia e diminuição do tempo de internação.

Existe a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para a humanização da assistência ao binômio mãe-filho. A equipe de Enfermagem faz presente em tempo integral na UIN e tem a possibilidade de aliar o conhecimento científico ao ato de cuidar humanístico. Contudo, necessita estar sensibilizada para minimizar situações decorrentes do distanciamento do bebê sob fototerapia de sua mãe (CAMPOS, 2005, p.145).



Souza, Felipe e Terra (2012) corroboram com essa ideia ao pesquisar de forma femonológica os sentimentos das mães de bebês em fototerapia, e concluem que:

Os profissionais de saúde devem se preocupar em proporcionar uma assistência humanizada, que envolva as mães nos cuidados ao recém-nascido mesmo em fototerapia, para, assim, amenizar o seu sofrimento e proporcionar o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho (SOUZA, FELIPE E TERRA, 2012, p. 231).



Após a exposição do conteúdo teórico sobre a hiperbilirrubinemia e seu tratamento com a fototerapia, iremos apresentar algumas situações problematizadoras que são baseadas em casos encontrados na prática clínica deste tema.

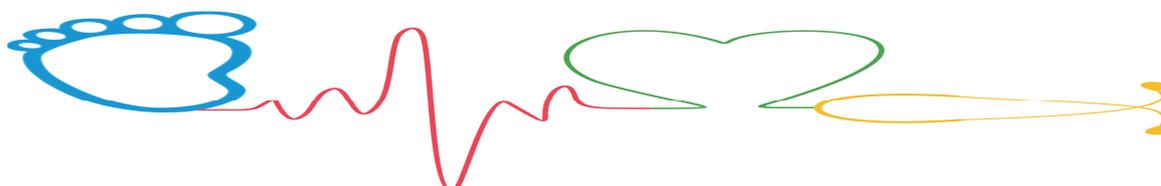
**Caso 1: Icterícia patológica.*

RN do sexo feminino, nascido com IG 34 sem 2 dias, peso de nascimento 1830 gramas, histórico materno de lúpus em tratamento durante toda gestação com enoxaparina sódica, houve trabalho de parto prematuro devido a rompimento espontâneo de bolsa com perda de líquido amniótico, ao nascimento bebê nasce com boa vitalidade e respiração espontânea, encaminhada à UTI Neonatal por tratar-se de um RN prematuro e de baixo peso para condutas e acompanhamento. Em leito de cuidados intensivos, bebê acomodado em incubadora, recebe uma SOG para auxílio na alimentação, com 12 horas de vida enfermeira ao realizar exame físico percebe coloração de escleróticas e face do bebê amareladas. Diante do exposto:

- a) É possível afirmar que somente com o exame físico foi diagnosticado uma hiperbilirrubinemia? Quais seriam as melhores condutas neste momento?
- b) Diante de um possível tratamento para icterícia neonatal, quais os cuidados de enfermagem devem ser tomados?

**Caso 2: Orientações à família sobre o tratamento com fototerapia.*

RN nascido do sexo masculino, a termo, com peso de 3500 gramas, sem intercorrências durante o parto, foi encaminhado ao alojamento conjunto para acompanhamento de puerpério por 48

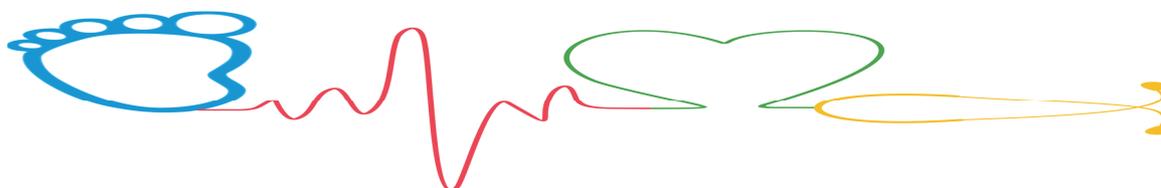


horas. Durante a visita clínica com 24 horas de vida o médico percebeu uma icterícia zona II de Kramer, e solicitou exames laboratoriais. Com o resultado dos exames de Bilirrubinas Totais= 19,2 Bilirrubina Indireta= 18,0 e Bilirrubina Direta= 1,2 imediatamente o pediatra indicou o tratamento com fototerapia e continuidade de aleitamento materno exclusivo. Colocada imediatamente em fototerapia do tipo Bilitron com proteção ocular, porém bebê apresenta-se extremamente choroso e irritado, o que leva a um grande desconforto dos pais que acabam o retirando da fototerapia para colocar ao colo e acalmá-lo. Nesta situação:

- Quais as medidas a enfermagem podem realizar a fim de otimizar o tratamento e melhorar o conforto do bebê?
- Como adaptar o tratamento de fototerapia para que se realize de uma maneira segura, efetiva e humanizada?

**Caso 3: Icterícia relacionada ao leite materno.*

Mariana é uma linda menininha nascida há 07 dias de parto cesáreo, com IG=40 semanas, pesando ao nascimento 3260 gramas, que deixou o hospital após as 48 horas iniciais de internação sem nenhuma complicação. Sua mãe relata na consulta de retorno que o bebê está mamando de 3/3 horas ao seio, tem boa vitalidade, apresenta saciedade às mamadas e que aparenta estar ganhando peso, mas que percebeu que sua bebê que antes estava somente com os olhos amarelados, agora está também com o corpinho de cor amarela. Após avaliação em consulta constatou-se que recém-nascido estava com bom ganho de peso ponderal, boa pega e sucção ao seio materno, em aleitamento materno exclusivo e com icterícia zona IV de Kramer. Diante dos fatos, qual o possível motivo da icterícia? E quais orientações realizar para esta



família?

Após compreender o tema de hiperbilirrubinemia e seu tratamento com fototerapia e testar seu conhecimento com os casos clínicos, chegou a hora de realizar o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem sobre a icterícia e suas possibilidades na terapêutica como forma de educação em saúde que traz possibilidades de melhorias na qualidade de assistência.

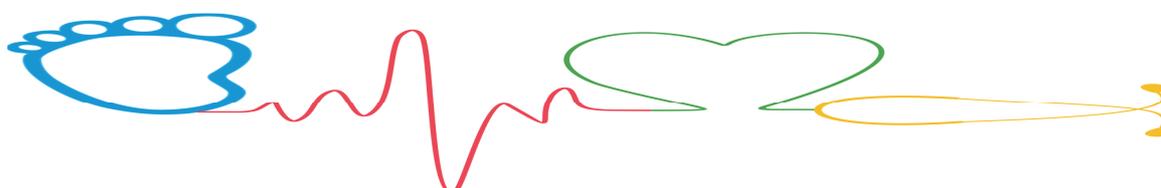
Público-Alvo

Esta oficina é destinada à profissionais da área da enfermagem que estão em assistência direta e cuidados com recém-nascidos em fototerapia.

Escolha do tema

A fototerapia consiste no tratamento para icterícia ou hiperbilirrubinemia, sendo o mais comum no período neonatal. Brasil (2011) revela dados que 98% dos bebês apresentam a icterícia fisiológica na primeira semana de vida, e que a icterícia patológica é causa mais frequente de internações em leitos hospitalares pediátricos.

Vieira, Lima, Carvalho e Moreira (2004), descrevem em seu estudo que o ato de expor o bebê à luz, ao se iniciar o tratamento com a fototerapia, não implica, necessariamente, que o recém-nato esteja recebendo tratamento adequado. Fatores que, inicialmente, parecem ter pouca relevância podem interferir de forma determinante na eficácia do tratamento. Sugerem que algumas práticas adotadas pelos profissionais de saúde podem diminuir a eficácia da fototerapia.



Objetivos

- Desenvolver atividade educativa para profissionais de enfermagem no fortalecimento do conhecimento a respeito da fototerapia e hiperbilirrubinemia neonatal.

Específicos:

- Propiciar aos profissionais de saúde reconhecer as principais necessidades de aprendizagem e dúvidas dos familiares sobre a fototerapia;

- Evidenciar a importância das orientações prestadas pela equipe de enfermagem à família do RN na melhoria da compreensão global da terapia fototerápica através de relato de experiência.

Método de Ensino

O método de ensino utilizado será o de aprendizagem significativa, já levando em consideração os saberes prévios dos participantes, além de uma prática pedagógica problematizadora, onde os conteúdos são vistos de forma integral, contextualizados e com aplicação prática.

Número de participantes

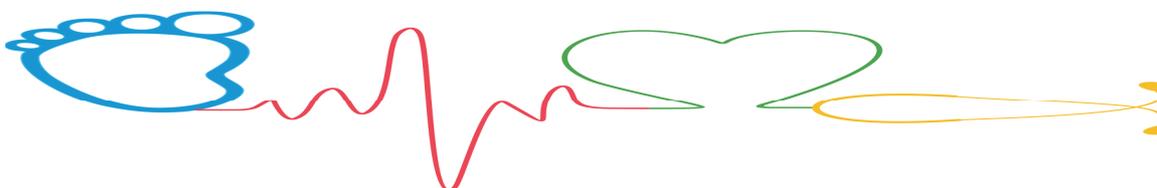
Sugere-se um número de no máximo 30 participantes por oficina.

Duração

1 dia (manhã e tarde, com intervalos), equivalente a 8 horas ou 4 horas/aula.

Ambiente

Anfiteatro com recurso de mídia (Datashow). Material



impresso a ser fornecidos aos participantes com texto de apoio que estará direcionado ao conteúdo da aula expositiva.

Materiais utilizados

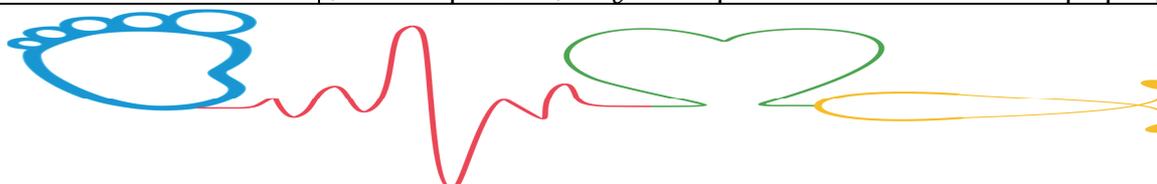
Material impresso a ser fornecidos aos participantes com texto de apoio que estará direcionado ao conteúdo da aula expositiva.

Recursos Humanos

Mínimo de 1 tutor, com a presença de pelo menos mais 3 facilitadores.

Execução e avaliação das oficinas

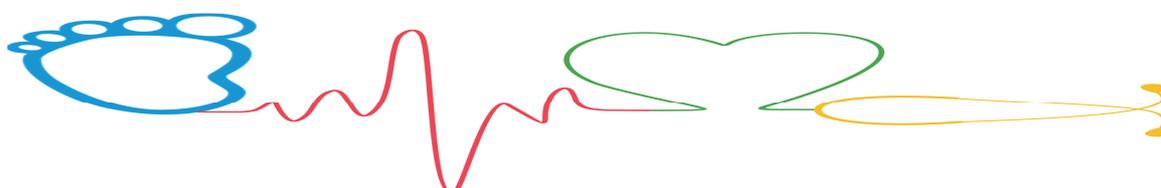
Oficina Cuidados de Enfermagem em Fototerapia	
<i>8h - Entrega de material</i>	<i>Os participantes serão recepcionados, assinarão uma lista de presença e receberão material necessário para ser utilizado na oficina.</i>
<i>8h30 - Abertura</i>	<i>Haverá uma breve apresentação dos tutores / facilitadores que irão conduzir a oficina, se identificando com nome e breve histórico profissional. Serão expostos também os objetivos a serem alcançados com a proposta da oficina.</i>
<i>9h - Apresentação dos participantes</i>	<i>Cada participante irá realizar a sua apresentação pessoal, com nome e unidade de trabalho.</i>
<i>9h30 - Dinâmica Luz-Escuridão</i>	<i>Nesta oficina utilizaremos a Dinâmica Luz - Escuridão APÊNDICE C, que tem como objetivo ativar a percepção dos cuidadores que tanto a luz diretamente dos olhos dos bebês pode causar incômodo, quanto a escuridão representada pela proteção ocular sem conhecimento prévio de procedimento que pode ser realizados em correlacionar os sentimentos e sentidos dos bebês em tratamento de fototerapia.</i>
<i>10h- Intervalo</i>	<i>Tempo sugerido 15 minutos.</i>
<i>10h15 - Exposição de conteúdo</i>	<i>Apresentação de conteúdo, com aula expositiva que deverá ser conduzida por um dos tutores, e material de apoio contendo textos e sugestões de leitura. Sugere-se utilização de recursos como aulas preparadas com slides, apresentando o tema hiperbilirrubinemia e seu tratamento com fototerapia, enfatizando para os cuidados da equipe</i>



	<i>de enfermagem nestas situações.</i>
<i>12h15 - Almoço</i>	<i>tempo sugerido 1h 45 minutos.</i>
<i>14 h - Testando conhecimentos</i>	<i>Será realizada neste momento a discussão em grupo de 03 casos clínicos. Casos clínicos apresentados anteriormente e/ou a escolha do tutor.</i>
<i>16 h - Intervalo</i>	<i>Tempo sugerido 15 minutos.</i>
<i>16h15 - Atividade reflexiva</i>	<i>Leitura em roda de conversa da reportagem: "Banho de luz no colo da mãe é possível e favorável" ANEXO C, para discutir maneiras de humanização no tratamento de icterícia, e também as formas de orientação e sensibilização da família frente ao tratamento.</i>
<i>16h45 - Atividade prática</i>	<i>Sugere-se a confecção de óculos para proteção ocular de forma artesanal, com o propósito de utilização dos recursos materiais existentes na instituição, tais como papel azul do rolo de algodão ou carbono, fita adesiva microporosa, algodão e gazes, tesoura e malha tubular ortopédica. Modelo para recorte do óculos presente no APÊNDICE D.</i>
<i>17h - Avaliação da oficina</i>	<i>Ao final da oficina pretende-se que os profissionais de saúde participantes estejam aptos a orientar as famílias e realizar de forma correta e segura o tratamento com fototerapia em RN. Sugerimos um exemplo de avaliação com questões objetivas de múltiplas escolhas, como no exemplar do ANEXO D.</i>
<i>18h - Encerramento</i>	<i>Entrega dos certificados.</i>

Considerações finais

Ao final desta oficina, pretende-se que os profissionais de saúde participantes estejam aptos a orientação da família e cuidados e tratamento em fototerapia em bebês com hiperbilirrubinemia, tornando o ambiente e tratamento seguros e agradáveis ao RN e família.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 4 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas).

CAMPOS, A. C. S. **Comunicação com mães de neonatos sob fototerapia: pressupostos humanísticos.** 260 f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2005.

FACCHINI, F. P. *et al.* **Acompanhamento da icterícia neonatal em recém-nascidos de termo e prematuros tardios.** J Pediatr, Rio de Janeiro: 2007, v. 83, n.4, p. 313-318.

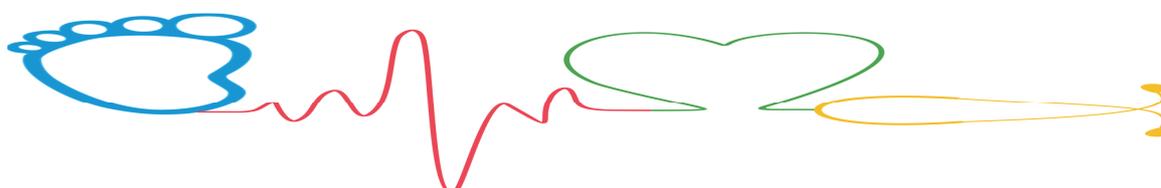
HOCKENBEERRY, M. J.; WINKELSTEIN, W. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006.

MOREIRA, M., LOPES, J. M. A.; CARALHO, M. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online].** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books .

RIBEIRO, I. C.; PACHECO, S. T. A.; AGUIAR, B. G. C. **Enfermagem neonatal: conceitos e práticas.** 1 ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2014.

SOUZA, J.J.; FELIPE, A. O. B.; TERRA, F. S. **Fototerapia: os sentimentos das mães de recém-nascidos submetidos a essa terapia.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 33, n. 2, p. 231-240, jul./dez. 2012.

VIEIRA, A. A.; LIMA, C. L. M.; CARVALHO, M.; MOREIRA, M. E.L. **O uso da fototerapia em recém-nascidos: avaliação da prática clínica.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (4): 359-366, out. / dez., 2004.



Capítulo III

Atuação da enfermagem em sala de parto e reanimação neonatal



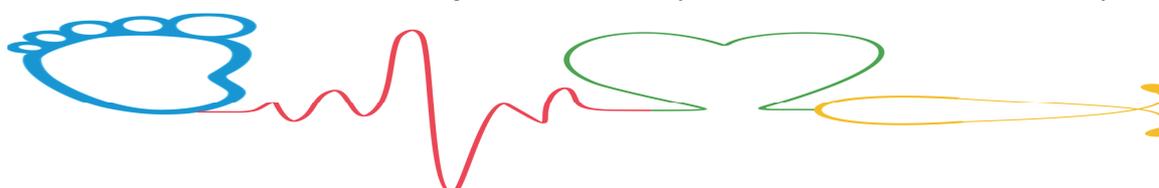
Neste capítulo abordaremos o tema de recepção do recém-nascido em sala de parto, e a sequência necessária caso haja um nascimento de risco que precise de intervenções diferenciadas e até mesmo a reanimação neonatal, que no caso as intervenções bem realizadas e em tempo correto são determinantes na qualidade de vida e sequelas destes RN.

A cada ano ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos no Brasil, sendo 98% destes em ambientes hospitalares. A escolha do ambiente hospitalar advém do uso de diversas tecnologias associadas a procedimentos que tendem a tornar o parto mais seguro tanto para a mulher quanto para o bebê (BRASIL, 2016).

Existe o aconselhamento que algumas intervenções intra-hospitalares durante o período de parto e nascimento devem ser utilizadas com parcimônia, conforme real necessidade e não de maneira rotineira. O alerta surge, pois, durante o processo de parto e nascimento têm se deixado de lado aspectos emocionais, culturais e humanos (BRASIL, 2016; BRASIL, 2015).

As diretrizes clínicas baseadas em evidências fornecem uma ferramenta adequada de consulta para os profissionais na sua atividade diária já que, se corretamente desenvolvidas, com avaliação sistemática e síntetização da informação científica disponível, são potentes aliados na tomada de decisões. Nesse processo, as habilidades e experiência clínica do provedor de cuidados associado às expectativas e necessidades únicas de mulheres e famílias, mais a informação derivada da melhor pesquisa científica, formam o tripé que se chama de prática clínica baseada em evidência, uma das regras básicas para uma assistência focada na qualidade. (Brasil 1, 2016 p. 18).

Em um caderno intitulado como “Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade.” Estabelece que

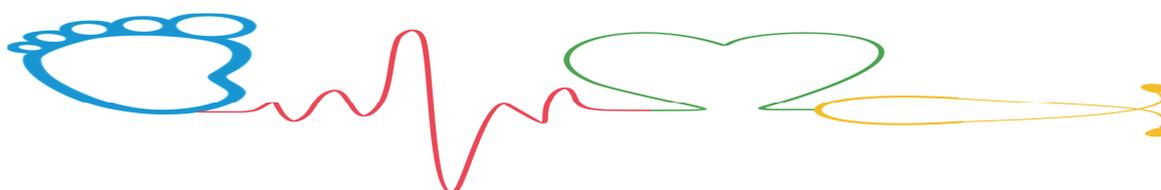


embora na maioria das vezes a gravidez e o nascimento ocorram sem intercorrências o risco de surgimento de complicações é iminente. E que além das complicações ocasionadas pelo próprio processo gravídico e parto, existem também situações que ocorrem em decorrência da assistência oferecida, que podem estar relacionadas à estrutura dos locais de nascimento ou consequência de erros no processo de trabalho (ANVISA, 2014).

Mesmo nas situações onde as complicações já existem, uma assistência inadequada não é capaz de reduzir os agravos dela resultante, além de potencializá-los resultando, muitas vezes, na morte evitável de mulheres e crianças ou em lesões e sequelas permanentes. (ANVISA, 2014 p. 07).

Em 2013 no Brasil a mortalidade neonatal correspondeu a 69% dos óbitos na infância, e que destes 76% ocorrem entre 0-6 dias após o nascimento, dados estes que preocupam ainda pois demonstram ainda as falhas ocorridas no acesso de gestantes e neonatos aos serviços de saúde, bem como questionam a qualidade dessa assistência oferecida durante o parto (SBP, 2016).

Os cuidados na hora do nascimento de um bebê devem seguir o mesmo processo tanto para um conceito com nascimento hígido e de boa vitalidade, quanto a um neonato que necessite de manobras de estabilização ou reanimação. Um atendimento de recém-nascido em sala de parto requer necessariamente: uma anamnese e histórico materno, a disponibilidade de recursos materiais e a presença de uma equipe multiprofissional devidamente treinada para caso haja necessidade, para que a reanimação neonatal seja realizada de maneira correta, sequenciada e imediata (SBP, 2016).



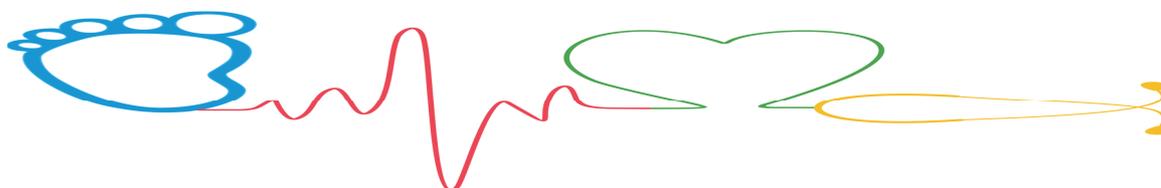


A maioria dos nascimentos ocorre com boa vitalidade, porém manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada. Dessa forma, é necessário o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal de todos os profissionais envolvidos no atendimento do RN em sala de parto, mesmo quando se esperam crianças hípidas sem hipóxia ou asfixia ao nascer, ou seja sem riscos. A probabilidade de haver necessidade de procedimentos de reanimação é maior quanto menor a idade gestacional e/ou o peso ao nascer (BRASIL, 2012).

Sistematização da Assistência de enfermagem em sala de parto:

Inicialmente faz-se necessário uma anamnese materna constando os itens como número de consultas pré-natal, doenças maternas de base, tratamentos realizados durante a gestação com medicações de uso contínuo. A verificação destes componentes traz rapidamente a equipe uma noção de risco ou não ao parto.

A disponibilidade de materiais e fácil disposição dos mesmos em sala de parto, é de suma importância para que em caso de necessidade de estabilização ou reanimação do neonato, a assistência seja prestada de forma rápida, eficaz e segura. Lembrando que os materiais e aparelhos devem ser precedidos por testes e estarem disponíveis devidamente ao seu uso.



Uma equipe multiprofissional treinada para as diversas situações que podem ocorrer durante o parto e o atendimento ao RN é de extrema importância. Esse conceito é reafirmado pela SBP ao garantir que faz-se necessário, antes do nascimento de qualquer RN, contar com uma equipe de profissionais de saúde treinada em reanimação neonatal (SBP, 2016).

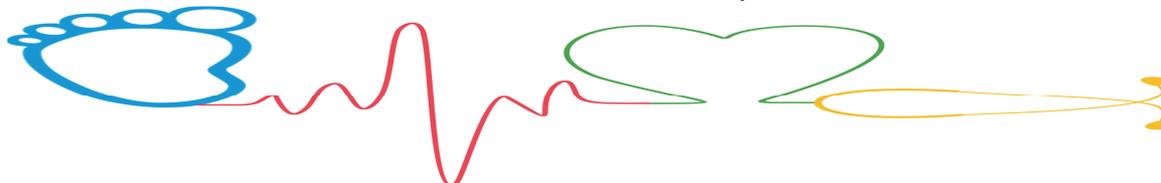


Uma intervenção imediata a ser tomada diante de uma estatística ainda elevada de morte neonatal, é a existência de treinamento em sala de parto com toda equipe, a prontamente saber realizar a sequência de reanimação neonatal. A SBP (2016) diz que “Nesse contexto, o progresso na sobrevivência neonatal deve incluir qualificação do atendimento ao recém-nascido e da força de trabalho responsável por tal atendimento”.

Sala de parto, materiais e ambiente:

A sala de parto deve ser um ambiente limpo, silencioso e de maneira que promovam o conforto físico e emocional da parturiente e do bebê.

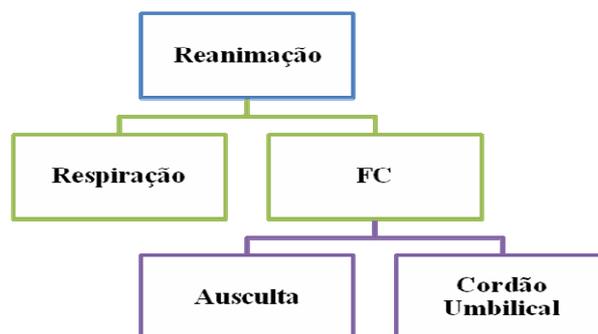
A assistência ao RN com boa vitalidade ao nascer significa o nascimento de um bebê a termo (idade gestacional adequada, entre 37 -41 semanas), que respira de forma espontânea ou chora, associado a um tônus muscular em flexão. A este bebê é



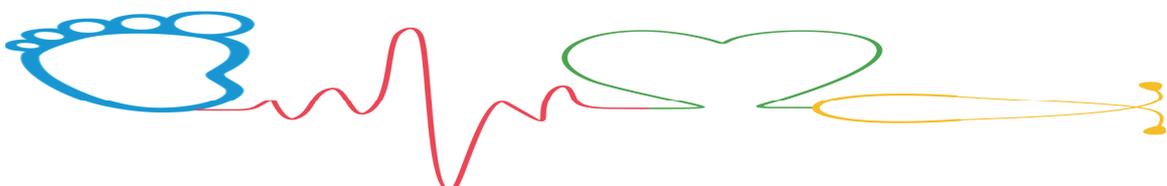
recomendado secar o corpo juntamente com o segmento cefálico e deve ser estimulado logo que possível, após clampeamento do cordão umbilical, o contato pele-a-pele com a mãe com provimento de calor (cobertor de tecido de algodão), bem como o aleitamento materno na primeira hora de vida. O cuidado e observação rigorosos da permeabilidade das vias aéreas com verificação de excedente de secreções em boca e nariz até o momento de encaminhamento de binômio (mãe e bebê) ao alojamento conjunto (SBP, 2016).

Os cuidados que devem ser mantidos em qualquer nascimento são: manter a temperatura corporal do recém-nascido, aspiração das vias aéreas caso seja necessário após avaliação, manter padrão respiratório do RN e se necessário realizar a ventilação, e administração de medicações.

A avaliação do RN em sala de parto, logo após o nascimento deve ocorrer de forma rápida e eficaz, sempre mantendo a atenção a 4 situações referentes à vitalidade do concepto: Gestação à termo? Ausência de mecônio? Respirando ou chorando? Tônus muscular bom? Caso alguma mais dessas respostas forem NÃO, a atenção deve ser redobrada e o preparo para estabilização e possível reanimação devem ser levados em consideração (SBP, 2016).



Importante ressaltar que a coloração de pele/mucosas não é mais utilizada em sala de parto para decidir procedimentos de



reanimação, conforme o quadro da SBP (2016):

<i>Minutos de Vida</i>	<i>SatO2 pré-ductal</i>
<i>Até 5</i>	<i>70-80%</i>
<i>5-10</i>	<i>80-90%</i>
<i>>10</i>	<i>85-95%</i>

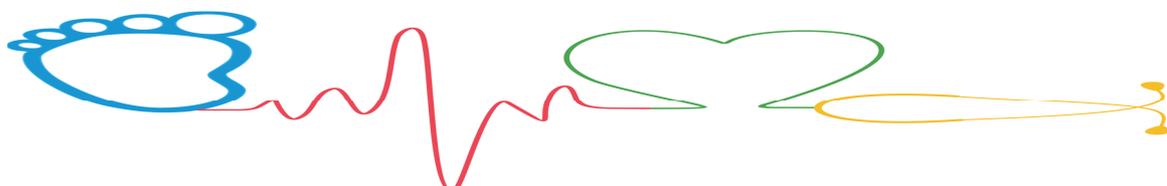
Fonte: SBP (2016), pág 29 - Anexo 1.

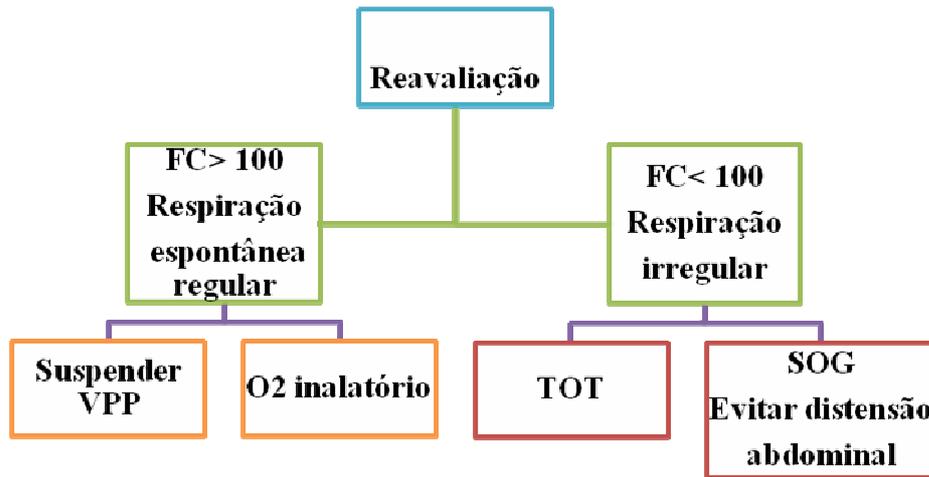
Nos primeiros 30 segundos iniciais pós-nascimento deve-se:

- Prover calor radiante (manter $T = 36,5^\circ$ e 37°C) com a finalidade de impedir o desconforto respiratório e desequilíbrio ácido-base por hipotermia.
- Realizar leve extensão da cabeça.
- Aspirar VA.
- Secar o recém-nascido.
- RN < 1500 g recomenda-se uso de saco plástico para manutenção da temperatura + touca + calor radiante.

Em até 60 segundos, conhecido como “the Golden minute”: Se após os cuidados para manutenção da temperatura e permeabilidade das VA, houver ainda a presença de respiração irregular e/ou $FC < 100$, é indicado o início de ventilação com pressão positiva (VPP) em ar ambiente (oxigênio a 21%), com máscara e bolsa reservatório, pois uma ventilação efetiva deve provocar inicialmente um aumento da FC e após uma melhora do tônus muscular. A VPP é feita na frequência de 40 a 60 movimentos/minuto, de acordo com a regra prática: “aperta/solta/solta/aperta” (SBP, 2016).

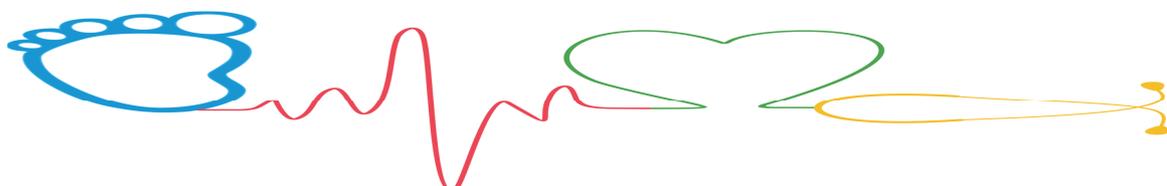
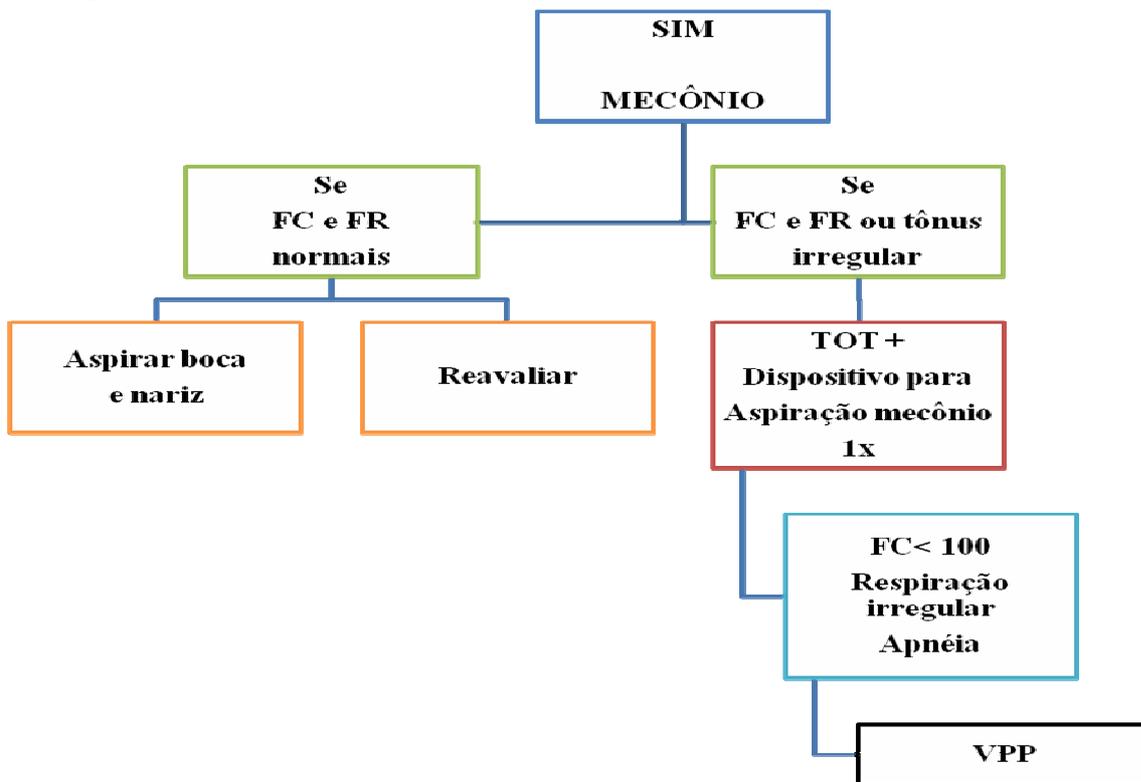
Após 30 segundos de VPP:





Diante da situação de presença de líquido meconial, que sendo um bebê a termo, com bom peso ao nascer e tendo boa vitalidade ao nascer, podem seguir-se o mesmo esquema para recepção de bebê de baixo risco, com procedimentos padrões de secar o RN, manutenção da temperatura, manutenção de permeabilidade de VA e observação rigorosa.

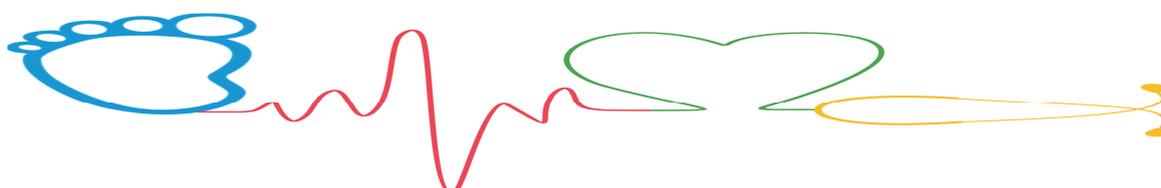
Líquido amniótico com mecônio? ... SIM!



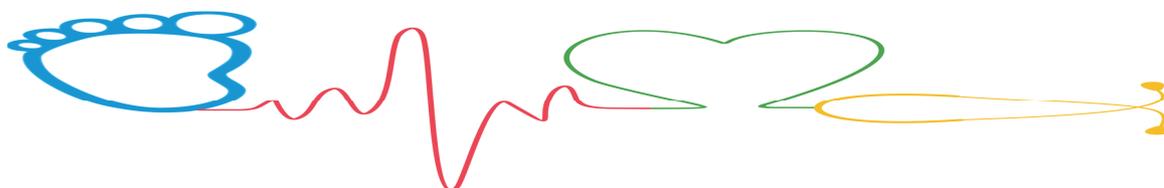


Parada Cardiorrespiratória (PCR) - Ventilação + massagem cardíaca, diretrizes segundo SBP (2016):

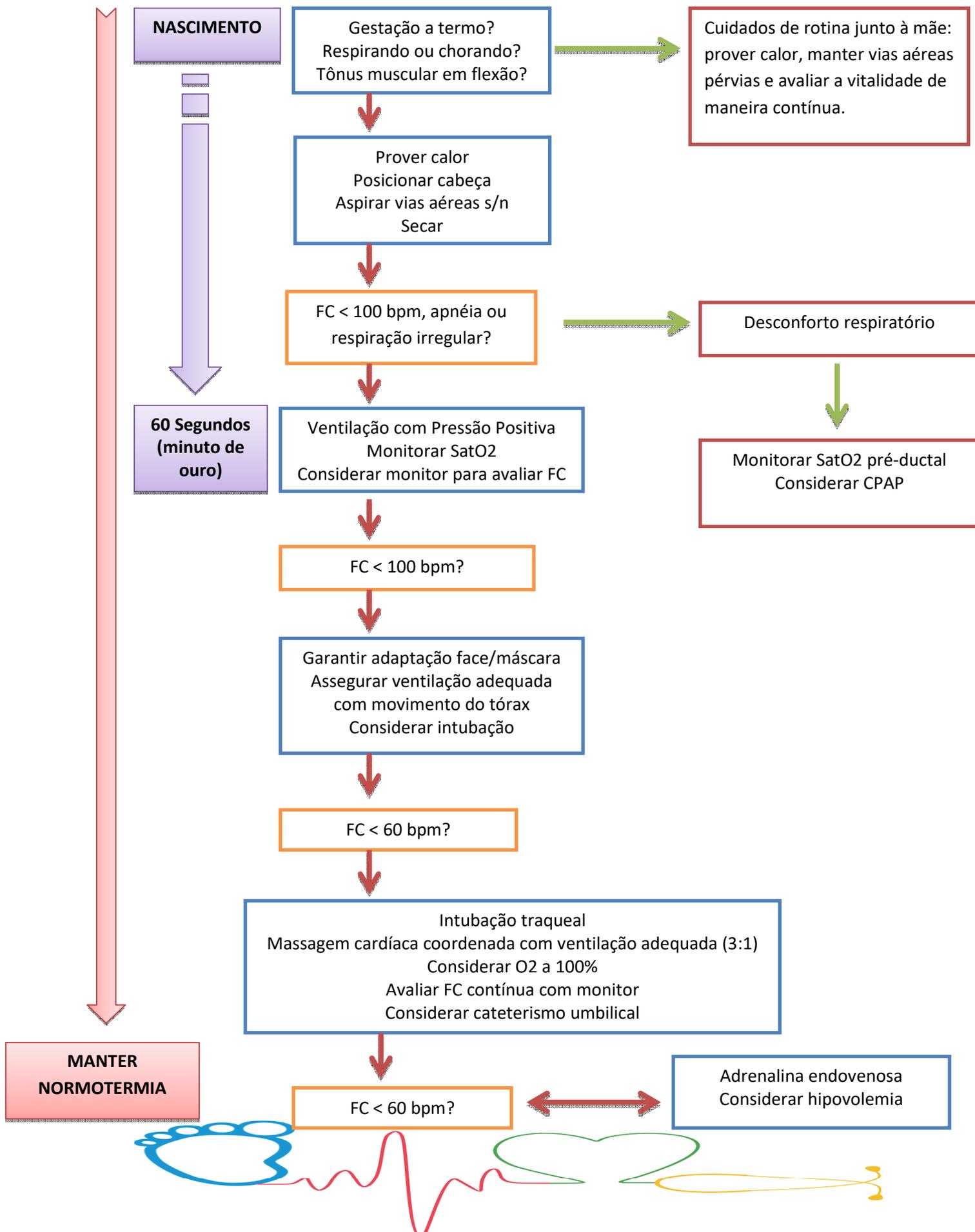
Em RN a massagem cardíaca e a ventilação são realizadas com sincronismo, a manter uma relação de 3:1, ou seja, 3 movimentos de massagens cardíacas para 1 movimento de ventilação. Deverá manter a média de 120 massagens cardíacas por minuto, sendo muito importante otimizar localização, profundidade e ritmo, e 30 ventilações por minuto, com a preferência com VPP por TOT. As medicações mais utilizadas em uma PCR de RN são: adrenalina, primeira escolha, com diluição 1:10 e repetições de bolus EV entre 3 a 5 minutos; Expansor, que pode ser SF 0,9% ou Ringer Lactato, e será prescrito o volume pelo médico variando conforme o peso do RN; O acesso preferencial é o venoso - veia umbilical é o local mais rápido, porém pode ser realizado acesso venoso periférico no insucesso do acesso umbilical. Vale salientar que pelo TOT também podem ser administrado medicações, porém a dose deve ser 2 a 2,5 vezes maior do que a prescrita EV.



Agora que já aprendemos como recepcionar tanto bebês saudáveis, quanto em situações de risco, iremos correlacionar os fatos descritos com situações práticas que ocorrem diariamente em salas de parto.



Fluxograma da Reanimação Neonatal



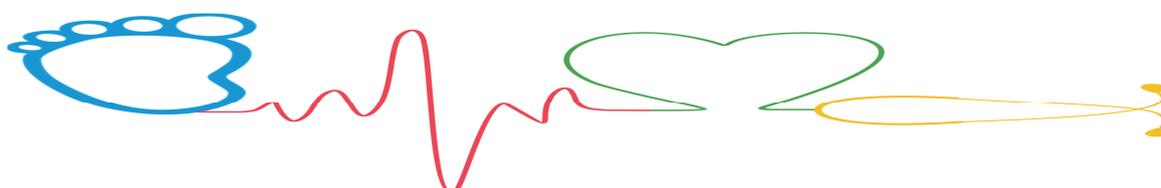
**Caso 1: Nascimento com necessidade de manobras.*

Um bebê com IG=40 semanas e 02 dias nasceu de parto normal, com peso de nascimento de 3200 gramas, não chorou ao nascimento, e apresentava-se hipotônico e cianótico. Imediatamente foi realizado o clampeamento umbilical e conduzido o RN para berço aquecido. No primeiro minuto, iniciou-se a aspiração de boca e nariz, secado RN e oferecido oxigênio inalatório, após esse momento foi avaliado RN e percebe-se que o mesmo apresenta FC<100 bpm associado à respiração irregular com gemência. Diante do exposto:

- a) As manobras foram eficazes após o primeiro minuto de nascimento?*
- b) Para quais outros procedimentos a enfermagem deve estar preparada neste momento?*

**Caso 2: Presença de mecônio ao nascimento.*

Mãe com IG=32 semanas e 04 dias comparece ao serviço de saúde para realização de USG (ultrassonografia) gestacional de rotina. Durante a realização de exame de USG, o médico ultrassonografista verifica que há presença de oligodrâmnio severo e RCIU (retardo de crescimento intra-uterino) do bebê, e feto apresentando ao exame BCF= 113 bpm. Após término de USG, realizado encaminhamento à maternidade de alto risco do município, devido à centralização do bebê e presença de líquido meconial. Verificado todos os exames, histórico materno e que BCF= 115, opta-se por cesárea de urgência. Nascimento de feto único, sexo masculino, IG por capurro de 33 semanas e 3 dias, Peso: 2250 g, Apgar 6/8, hipotônico, não chorou ao nascer, em gasping, cianótico, com presença de líquido amniótico meconial tipo "sopa



de ervilha". Diante deste caso:

- a) Quais seriam as medidas a serem tomadas ao nascimento?
- b) Qual o sinal de alerta para que este bebê receba atendimento assistencial diferenciado de uma criança com nascimento sem intercorrências?
- c) Qual o possível diagnóstico com as características descritas no nascimento?

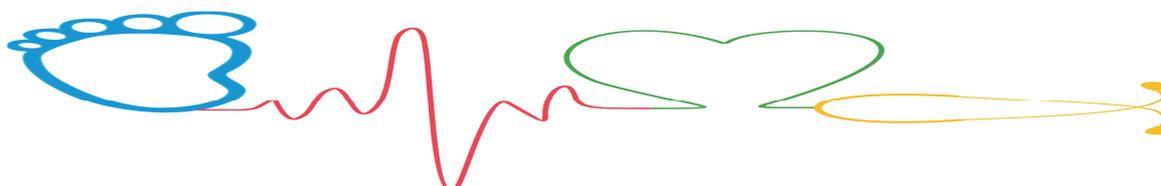
**Caso 3: Malformação ao nascimento / hérnia diafragmática.*

Joyce, 25 anos, casada e primigesta, sem antecedentes maternos relevantes, realiza acompanhamento pré-natal conforme preconizado pelo MS, hoje está com 34 semanas de gestação e comparece a um serviço de saúde para realização de USG morfológica, e neste momento recebe o diagnóstico que seu bebê possui hérnia diafragmática, referente a uma mal formação congênita. Diante do diagnóstico, quais os cuidados essenciais e imprescindíveis em sala de parto para que este bebê seja corretamente recepcionado?

Nesta oficina iremos abordar o tema de recepção de recém-nascidos em sala de parto, e por se tratar o nascimento de um evento de risco o sucesso de uma reanimação neonatal bem realizada torna-se indispensável para qualidade de vida dos bebês em face de uma assistência apropriada.

Público Alvo

Esta oficina é destinada a profissionais da enfermagem atuantes em sala de parto, berçários, maternidades (alojamento conjunto), UCI e UTI neonatal.



Escolha do tema

Dados epidemiológicos da SBP (2016) discorrem que ao nascimento, um em cada 10 RN necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos; um em cada 100 neonatos precisa de intubação e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente.

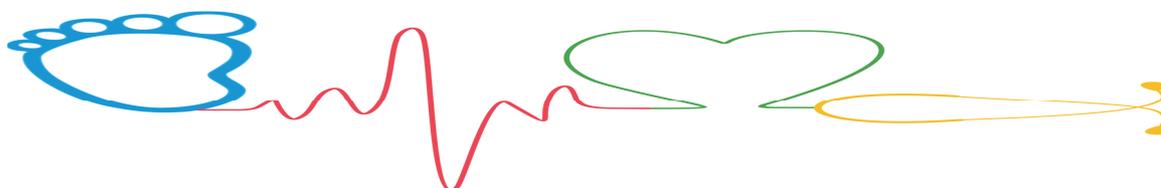
De acordo com a SBP (2016) Imediatamente após o nascimento, a necessidade de reanimação depende da avaliação rápida e simultânea da respiração e da frequência cardíaca (FC), sendo a FC a determinante para indicação ou não de manobras de reanimação neonatal. Discriminando como ponto crítico para o sucesso da reanimação neonatal é a ventilação pulmonar adequada, fazendo com que os pulmões do recém-nascido se inflem e, com isso haja dilatação da vasculatura pulmonar e hematose apropriada, sendo a ventilação pulmonar o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém nascido.

Objetivos

- Capacitar os profissionais da enfermagem na recepção dos RN em sala de parto.
- Qualificar profissionais da enfermagem na condução de situações de urgências e/ou reanimação neonatal
- Realizar atividade de educação continuada com os profissionais da enfermagem em relação as diretrizes atualizadas de recepção de RN em sala de parto e reanimação neonatal.

Método de Ensino

O método de ensino utilizado será o de aprendizagem



significativa, já levando em consideração os saberes prévios dos participantes, além de uma prática pedagógica problematizadora, onde os conteúdos são vistos de forma integral, contextualizados e com aplicação prática.

Número de participantes

Sugere-se um número de no máximo 15 participantes por oficina.

Duração

1 dia (manhã e tarde, com intervalos), equivalente a 8 horas ou 4 horas/aula.

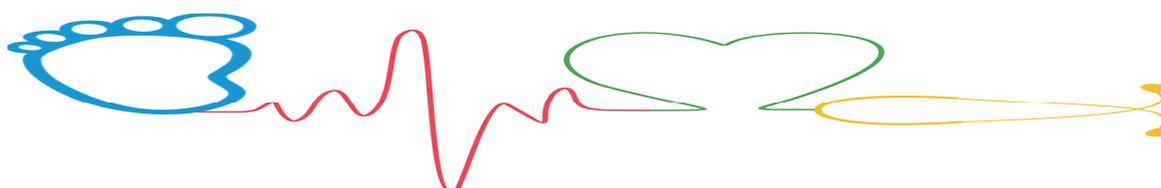
Ambiente

Anfiteatro com recurso de mídia (Datashow). Material impresso a ser fornecidos aos participantes com texto de apoio que estará direcionado ao conteúdo da aula expositiva.

Materiais utilizados

Anfiteatro com recurso de mídia (Datashow). Material impresso a ser fornecidos aos participantes com texto de apoio que estará direcionado ao conteúdo da aula expositiva.

Além de material didático, também é necessário recursos materiais para atividade de estações: boneco (bebê), berço aquecido,ambu neonatal, máscara neonatal, sonda de aspiração, campo cirúrgico, compressa cirúrgica, TOT, laringoscópio com lâminas, seringas, agulhas, medicações, luvas cirúrgicas e de procedimento, bico de aspiração de mecônio, quadro branco ou papel kraft com canetas.

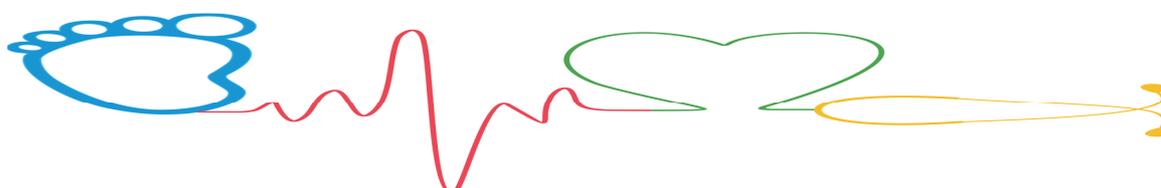


Recursos Humanos

Mínimo de 1 tutor, com a presença de pelo menos mais 3 facilitadores.

Execução e avaliação das oficinas

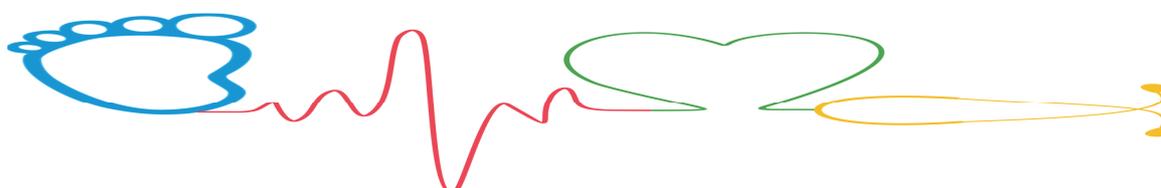
<i>Oficina: Atuação de Enfermagem em Sala de Parto e Reanimação Neonatal</i>	
<i>8h - Entrega de material</i>	<i>Os participantes serão recepcionados, assinarão uma lista de presença e receberão material necessário para ser utilizado na oficina.</i>
<i>8h30 - Abertura</i>	<i>Haverá uma breve apresentação dos tutores / facilitadores que irão conduzir a oficina, se identificando com nome e breve histórico profissional. Serão expostos também os objetivos a serem alcançados com a proposta da oficina.</i>
<i>9h - Apresentação dos participantes</i>	<i>Cada participante irá realizar a sua apresentação pessoal, com nome e unidade de trabalho.</i>
<i>9h30 - Atividade Reflexiva</i>	<i>Leitura em roda de conversa de um relato de parto, neste momento irá se estimular aos participantes após a leitura a dividirem vivências de partos e comentarem das experiências profissionais já vividas. Leitura do texto em ANEXO E.</i>
<i>10h- Intervalo</i>	<i>Tempo sugerido 15 minutos.</i>
<i>10h15 - Exposição de conteúdo</i>	<i>Apresentação de conteúdo, com aula expositiva que deverá ser conduzida por um dos tutores, e material de apoio contendo textos e sugestões de leitura. Sugere-se utilização de recursos como aulas preparadas com slides, apresentando o tema sala de parto e reanimação neonatal. Utilizar texto proposto acima.</i>
<i>12h15 - Almoço</i>	<i>tempo sugerido 1h 45 minutos.</i>



14 h - Testando conhecimentos em conjunto com prática	Os participantes deverão ser separados em grupos de no máximo 05 pessoas. O treinamento com casos clínicos associados com a prática ocorrerá em modelo de laboratório prático, quando o grupo irá inicialmente escutar o caso clínico do tutor, e com os materiais, bonecos e equipamentos ofertados naquele momento, conduzir a recepção e as manobras necessárias a cada caso conforme for sendo realizada a leitura. Um dos membros do grupo deverá escrever de forma sequenciada as ações que o grupo irá executar em quadro branco ou papel kraft, para que posteriormente juntamente com o tutor seja realizado uma avaliação e possíveis correções das ações descritas pelos participantes. Haverá sorteio dos grupos por números 1, 2 e 3 que representam respectivamente os casos clínicos que cada grupo irá conduzir na assistência.
16 h - Intervalo	Tempo sugerido 15 minutos.
16h15 - Atividade de avaliação	Lista de opções para os participantes marcarem verdadeiro ou falso em APÊNDICE E.
17h - Considerações sobre a oficina	Ao final da oficina pretende-se que os profissionais de saúde participantes estejam aptos a avaliar e atuar de forma sequenciada a correta (fluxogramas e passo-a-passo) em recepção de RN em sala de parto e caso necessário saibam também o fluxo de atendimento da reanimação neonatal.
18h - Encerramento	Entrega de certificados

Considerações Finais

Ao final desta oficina pretende-se que a equipe de enfermagem esteja devidamente preparada para recepcionar RN em sala de parto tanto para situações sem risco, como para situações de urgência e emergência elevando dessa forma a qualidade dos serviços neonatais. É certo que algumas aptidões somente ocorrem com a prática, porém entende-se que uma equipe bem treinada e com a prática atualizada e definida permitem qualidade e segurança na assistência ao RN.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

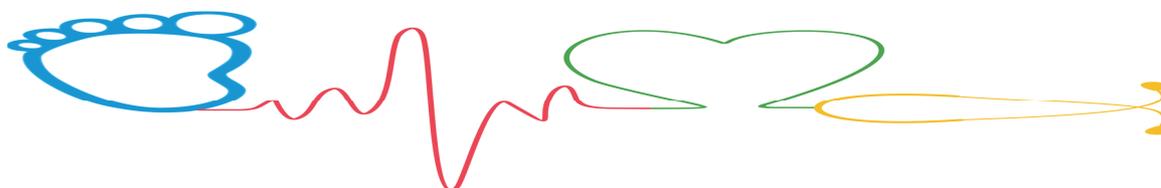
ALMEIDA, M. F. B; GUINSBURG, R. Coordenação Geral do Programa de Reanimação Neonatal da SBP e Membros do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Neonatal Task Force. **Reanimação do recém-nascido \geq 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.** 26 de Janeiro de 2016. Texto disponível em www.sbp.com.br/reanimacao - Diretrizes autorais SBP.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Serviços de atenção neonatal: segurança e qualidade** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.** Relatório de Recomendação. Brasília – DF: Janeiro/2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana.** Brasília – DF: Abril/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.



Capítulo IV

Terapia intravenosa em neonatologia

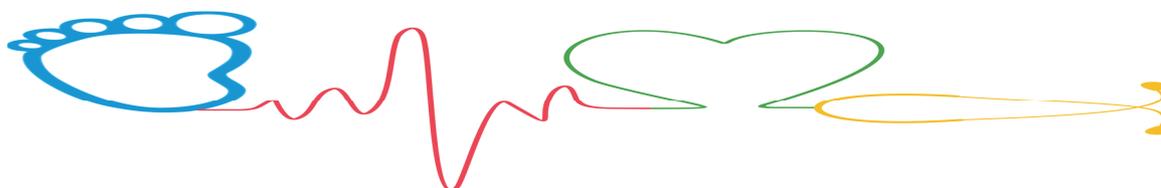


Neste último capítulo abordaremos o tema de terapia intravenosa em neonatologia, pois a necessidade de acesso venoso é grande em pacientes diante da necessidade de internações, e o conhecimento dos dispositivos, suas indicações, os riscos e como manejar as situações adversas é de suma importância para a enfermagem.

Em retrospectiva histórica observamos que em meados de 1658 foi a primeira vez que se registrou uma administração intravenosa, feita por Christopher Wren, quando injetou na circulação sanguíneas de cães diversas substâncias como vinhos, cervejas, leite e soro, ao utilizar uma pena e uma bexiga apenas. Esse fato suscitou o conceito de agulha hipodérmica. Em 1966, Richard Lower realizou a primeira transfusão sanguínea entre um homem e um animal. No ano seguinte, Jean Denis realizou a primeira transfusão documentada que resultou em uma reação alérgica, o que desestimou os pesquisadores e profissionais dessa época, e dessa forma por um longo tempo essa técnica foi abandonada (MELEGUTTI E ROEHRS, 2012).

Somente em 1818, James Blundell relata com sucesso a prática de transferência de um homem a outro por meio de seringas, e sugere esse exercício para tratamento de hemorragias graves. Em 1870 foi publicado o livro “A transfusão de sangue humano” por James Russel, onde há o relato de sucesso de 16 transfusões em 35 tentativas ao total. Porém, o primeiro registro de administração de soluções endovenosas e medicações utilizando seringa e agulha somente ocorreu em 1853 (MELEGUTTI E ROEHRS, 2012).

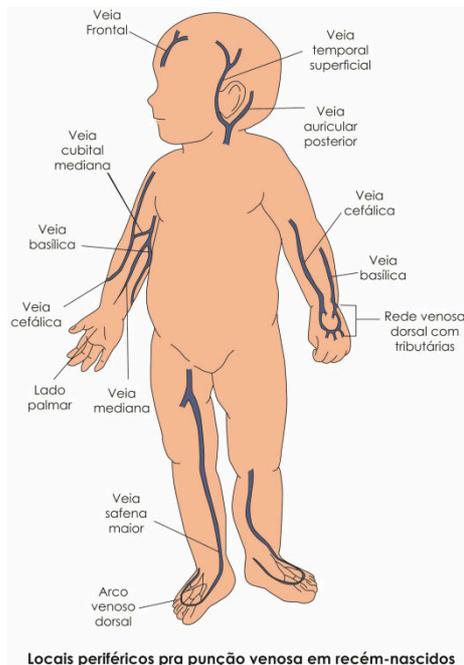
Florence Nightingale, enfermeira precursora e grande nome da enfermagem no mundo, foi quem também quem formalizou as



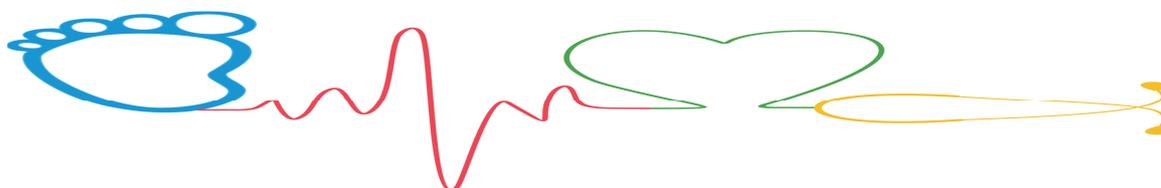
atribuições do enfermeiro em referência a administração de medicações e soluções (MELEGUTTI E ROEHR, 2012).

Ao longo do século XX, o cuidado, responsabilidade e atribuições da Enfermagem evoluíram. Até 1910, os enfermeiros eram responsáveis pela administração por via oral, subcutânea, inalatória e retal e, gradualmente, assumiram também a administração intramuscular de medicamentos (MELEGUTTI E ROEHR, 2012, p. 29).

Foi com a Segunda Guerra Mundial que houve uma demanda maior por novos conhecimentos e cuidados em terapia intravenosa em enfermagem, pois era um recurso com demanda extremamente importante para pacientes em grave estado de desidratação e com necessidade de procedimento cirúrgico, quando eram necessários grandes volumes de soluções (MELEGUTTI E ROEHR, 2012).



A avaliação do tipo de acesso venoso em unidade neonatal deve ser realizado de forma multifatorial como características do



bebê (peso, idade gestacional, tipo de pele), além de ponderar modalidade de droga a ser utilizada no tratamento e período de terapêutica. Nesse sentido ressaltamos o quão importante é a existência de POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) em cada instituição, que tem por finalidade padronizar e sequenciar em conjunto com as normas da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) os procedimentos dentro dos estabelecimentos hospitalares.

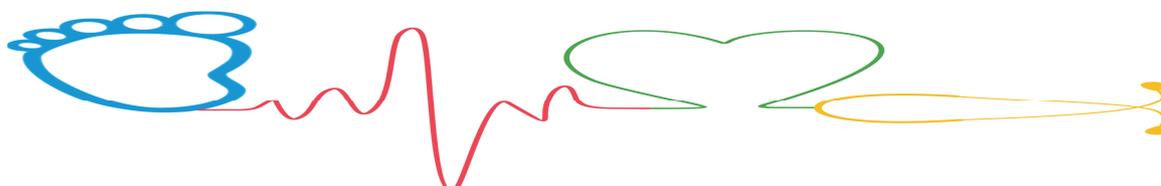
Apesar da existência dos POP's que orientam a TI periférica, percebeu-se ainda a existência de desinformação da equipe quanto ao preparo, inserção e manutenção da TI em neonatos apesar experiência do grupo (VIEIRA, 2014).

O conceito de terapia intravenosa (TIV) é dado por Rodrigues, Cunha e Gomes (2012, p. 990) como:

[...] o conjunto de tecnologias que são imprescindíveis para a sobrevivência dos recém nascidos, contudo representam fonte importante de dor, estresse e risco para complicações potencialmente graves.



Existem dois tipos de dispositivos intravenosos periféricos para serem realizados pela enfermagem, os cateteres agulhados (conhecidos como escalpe), e os cateteres sobre agulha (conhecidos

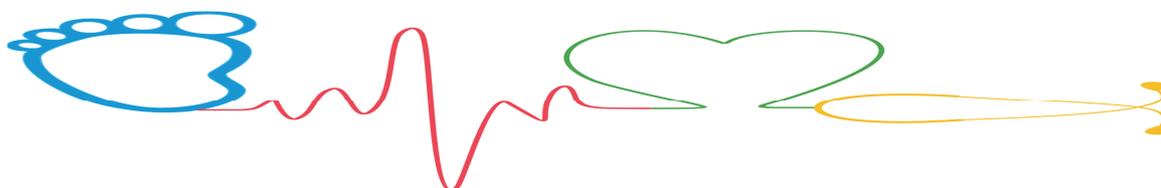


como Abocath ou gelco). O tempo de permanências desses cateteres variam de acordo com as normas e CCIH das instituições, porém existem ainda evidências de que no público pediátrico o cateter sobre agulha não tem tempo de permanência e pode ser retirado somente quando houver término de terapia e quando não houver sinais flogísticos ou riscos.

Por parte do corpo de enfermagem ainda existe regulamentado do Conselho Federal de Enfermagem que normatiza através da Resolução Cofen nº 258/2001 tornando lícito a prática de passagem de PICC (Peripherally Inserted Central Catheter), em tradução “Cateter Venoso Central de Inserção Periférica”, pelo enfermeiro devidamente habilitado e qualificado para este procedimento. O CONFEN (2017), designa o PICC:

[...] é confeccionado em materiais bioestáveis e biocompatíveis e de baixa trombogenicidade (silicone e poliuretano), inserido por meio de veia periférica e posicionado na veia cava superior ou inferior. Foi introduzido nas unidades de terapia intensiva no Brasil nos anos 90 e tem sido amplamente utilizado por enfermeiros especialmente em crianças, recém-nascidos, pacientes idosos, oncológicos e com dificuldade venosa para infusão de substâncias irritantes ao vaso sanguíneo (Oliveira et al., 2014). Tem como finalidade a promoção da terapia intravenosa por tempo prolongado e de forma segura, garantindo a preservação da rede venosa periférica, diminuindo o estresse, dor e desconforto gerado por múltiplas venopunções. As suas indicações vêm da necessidade de acesso venoso por tempo prolongado (além de 6 dias), administração de soluções hipertônicas e/ou vesicantes (Nutrição Parenteral Total com osmolaridade maior que 600 mOsmol/L e soro glicosado com concentração superior a 12,5%, quimioterapia, entre outros).

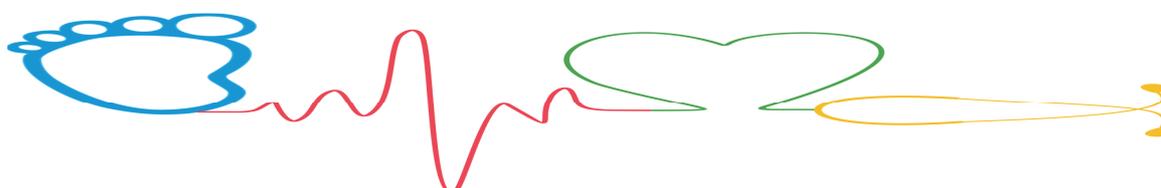
A terapia intravenosa, como em outros diversos procedimentos de enfermagem expõe pacientes e profissionais a riscos ocasionais.



Dentre os riscos na punção e manutenção de acessos venosos encontram-se a flebite, a infiltração, o hematoma, a oclusão e a infecção / sepse.

A flebite compreende o aumento da permeabilidade capilar onde há um processo inflamatório que ocorre na camada íntima dos vasos sanguíneos. Estatísticas comentam que podem ocorrer entre 27% a 70% dos pacientes que necessitem de terapia intravenosa, sendo a complicação mais comum em punção venosa. As causas são a irritação mecânica, química ou infecções. Entre os sinais e sintomas encontram-se a dor, o calor, o edema, o eritema, o desconforto ao redor da inserção do cateter e ao longo do seu trajeto. Dessa forma torna-se imprescindível a avaliação do enfermeiro ao local de punção de um acesso venoso, atentando principalmente aos sinais de desconforto à infusão, dor, calor e edema locais. Sendo a estratégia de prevenção ainda uma das mais recomendadas neste tipo de situação, que consistem na correta higienização das mãos, utilização de técnicas assépticas, preparo adequado de pele e correta manipulação do cateteres e suas infusões. Porém ao se perceberem sinais e sintomas de flebite, deve-se suspender imediatamente o uso do dispositivo venoso, realizar a troca de punção venosa, e aplicar calor no local. (BARBOSA, CARVALHO E MOURA, 2016; MALAGUTTI E ROEHR, 2012).

O conceito de infiltração é o extravasamento de líquido (solução ou fármaco) para fora do vaso sanguíneo, e em consequência disso ocorrem os sintomas de edema, resfriamento e palidez da pele, infusão lentificada e dificuldade ou ausência de retorno venoso. As principais causas são o deslocamento do dispositivo de acesso venoso ou perfuração do vaso sanguíneo. De

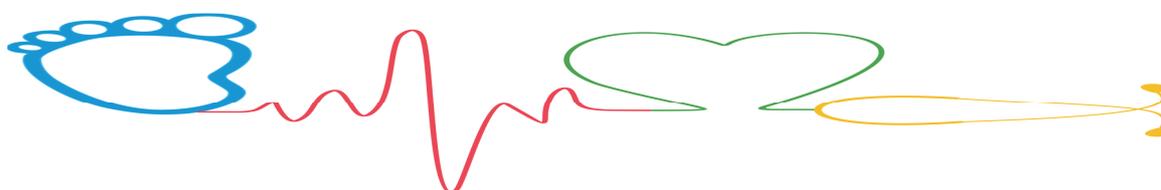


maneira parecida com a flebite, os cuidados de enfermagem na ocorrência da infiltração são: suspender imediatamente o uso do dispositivo venoso, realizando nova punção, e aplicação de compressa morna no local. (MODES ET AL, 2011; MALAGUTTI E ROEHR, 2012).

O hematoma se caracteriza pelo extravasamento de sangue no tecido subcutâneo, o que causa desconforto e sensibilidade no local da punção além de aspecto de mancha azulada. As principais causas da ocorrência do hematoma em terapia intravenosa são calibre do cateter maior do que o vaso, a não soltura de garrote após punção de sucesso causando com a infusão o rompimento da veia. Diante da infiltração o acesso torna-se inviável. O tratamento do hematoma consiste em compressão local por alguns minutos após a retirada do cateter, e aplicação de compressa de gelo (MALAGUTTI E ROEHR, 2012, p. 52).

A oclusão ocorre quando um trombo ou coágulo bloqueia o lúmen do cateter, impedindo dessa forma a infusão na terapia intravenosa. Além da dificuldade de infusão, a oclusão também pode causar desconforto local e um retorno sanguíneo a ser observado no equipo acoplado ao cateter.

A infecção consiste na presença de microrganismos patogênicos no local da inserção do cateter e/ou sistêmica (corrente sanguínea). A infecção no local de inserção tem os sinais de calor, rubor e presença de secreção purulenta local, já a sepse ocorre a alteração de exames sanguíneos, febre, calafrios e mal-estar em geral. As causas podem ser falhas nas técnicas assépticas durante a passagem do cateter, além da contaminação em infusões. A troca de acesso venoso é necessário em ambos os casos, e tratamento com antibioticoterapia.



Após a explicação do tema de forma teórica, poderemos a seguir ver como essa prática faz parte das atribuições de enfermagem diariamente, e como podemos nos deparar com situações desafiadoras

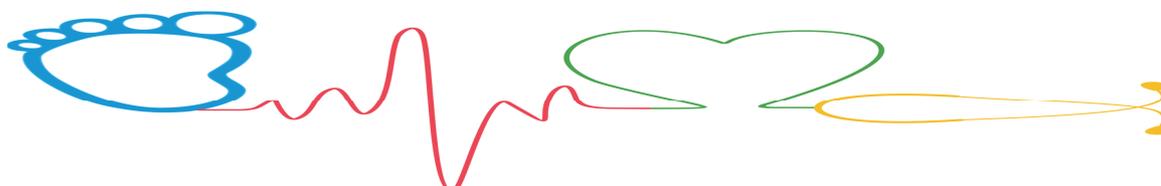
***Caso 1: Incompatibilidade de droga versus modalidade de acesso venoso:**

RN do sexo feminino, IG=35 sem 5 dias, nascimento de parto normal devido à trauma (queda da mãe) com início de TPP (trabalho de parto prematuro) e rompimento de bolsa. Após nascimento, bebê é encaminhado à UTI Neonatal devido à prematuridade e baixo peso. Segue abaixo prescrição médica:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	
RN de Cláudia Martins*	DN: 25/02/2018
Data: 25/02/2018	
Item	
1. Cuidados gerais em UTI Neonatal	
2. Leite materno 15 ml via SOG 3/3 hs	
3. SG 10% - 100 ml + NaCl 1 ml + Ca 5 ml EV 12/12 hs	
4. Ampicilina xx mg 12/12 hs	
5. Amicacina yy mg 12/12 hs	
6. SF 100 ml + Dopamina 10 ml EV 24/24 hs	
7. TOT nº 3,5 fixo em 10 cm	
8. Acesso venoso periférico	
	Dr. XXX CRM YYY

*nome fictício.

Diante do caso exposto, quais sinais de alerta em relação à terapia intravenosa?



**Caso 2: Flebite.*

Um bebê a termo, nascido de parto normal, está internado na UCI (Unidade de cuidados intermediários) já há 2 dias, após passar mais 4 dias na UTI Neo, pois teve o diagnóstico pneumonia por aspiração e de síndrome do desconforto respiratório do RN. Durante o exame físico do bebê, a enfermeira referencial da UCI percebeu que em seu MSD (membro superior direito), local onde estava o acesso venoso periférico tipo abocath, havia presença de edema, calor e rubor local. Diante do histórico e dos sinais e sintomas apresentados, qual diagnóstico a enfermagem percebe neste caso? E quais são as atitudes que devem ser tomadas neste caso?

**Caso 3: Incompatibilidade de droga versus diluente.*

Em um pronto-socorro pediátrico dá entrada uma mãe com seu bebê no colo, relata que este tem 28 dias de vida e estava realizando a mamada ao seio quando o bebê apresentou um engasgo, ficou “roxinho”, começou a virar os olhos pra cima, e os braços e pernas ficaram endurecidas e “tremiam” sem parar. Diante do quadro apresentado, solicitou-se imediatamente um acesso venoso periférico para início imediato de medicações anti-convulsivantes, e aspiração das VAS (vias aéreas superiores). A equipe de enfermagem, seleciona um cateter não agulhado tipo Abocath nº22, com equipo mícrogotas em uma bureta que foi conectada a um SG 5%. O local de escolha da punção foi a região cubital do MSE. A Primeira droga de escolha foi o fenobarbital, porém mesmo com a dose realizada não houve cessamento das convulsões, sendo solicitado pelo médico que então realizasse uma dose de fenitoína. Neste momento ao iniciar pela bureta a



administração da fenitoína a enfermeira percebe que o equipo esbranquiçou e ficou cheio de pequenos cristais. Imediatamente foi cessado a administração da medicação e realizado a troca do acesso venoso, para manutenção da terapia intravenosa. Neste caso o que pode ter ocorrido para que a cristalização houvesse no equipo? Quais cuidados de enfermagem devem ser tomados em casos de urgência como o apresentado?

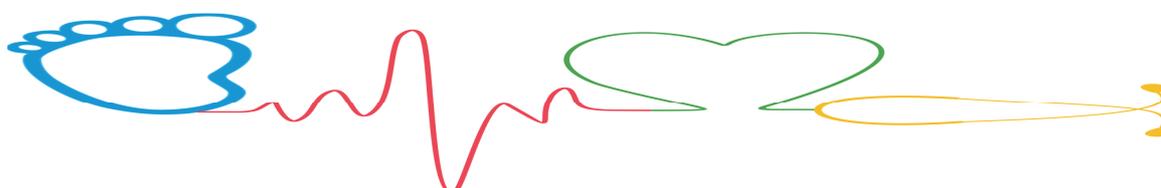
A punção venosa periférica é uma atividade bastante realizada pelos profissionais de enfermagem. A execução desse procedimento exige conhecimentos teóricos, destreza manual, habilidades técnicas e prática assistida. E a sua manutenção e sinais de risco dependem de uma criteriosa observação e conhecimento da prática clínica. Pensando nisso, criamos uma oficina com o intuito de formação qualificadora e treinamento da equipe de enfermagem em terapia intravenosa com recém-nascidos.

Público-Alvo

Esta oficina é destinada a todos os profissionais da enfermagem atuantes com o cuidados com RN que necessitem de terapia intravenosa.

Escolha do tema

Lourenço e Ohara (2010) destacam que entre as diversas intervenções realizadas em recém-nascidos, nas unidades de terapia intensiva, a necessidade de um acesso vascular é a mais frequente. Dependendo da gravidade e condição clínica em que o bebê nasce, determina a terapia intravenosa que será administrada em seu tratamento.



A sobrevivência dos recém nascidos está diretamente ligada ao sucesso da terapia intravenosa, haja vista que a mesma gera dor, estresse e risco de complicações graves (RODRIGUES; GOMES; CUNHA, 2012). Em estudo feito em 2009, em uma unidade neonatal de Maringá, os profissionais de enfermagem entrevistados descreveram a punção venosa como procedimento invasivo mais frequente e doloroso para os recém natos (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

Objetivos

- Capacitar os profissionais da enfermagem nas ações de terapia intravenosa com recém-nascidos.
- Qualificar profissionais da enfermagem quanto aos riscos e como manejar essas situações em terapia intravenosa.
- Atuar enquanto atividade educativa em saúde.

Método de Ensino

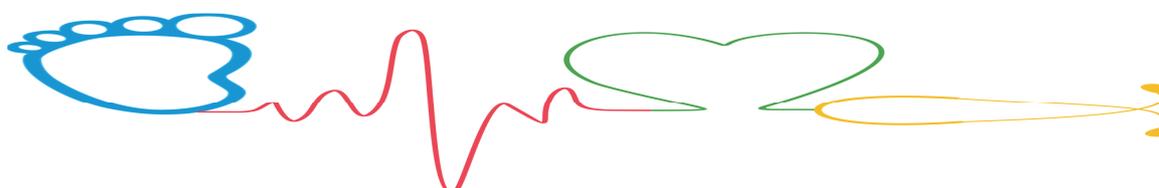
O método de ensino utilizado será o de aprendizagem significativa, já levando em consideração os saberes prévios dos participantes, além de uma prática pedagógica problematizadora, onde os conteúdos são vistos de forma integral, contextualizados e com aplicação prática.

Número de participantes

Sugere-se um número de no máximo 40 participantes por oficina.

Duração

1 dia (manhã e tarde, com intervalos), equivalente a 8 horas



ou 4 horas/aula.

Ambiente

Anfiteatro com recurso de mídia (Datashow). Material impresso a ser fornecidos aos participantes com texto de apoio que estará direcionado ao conteúdo da aula expositiva.

Materiais utilizados

Anfiteatro com recurso de mídia (Datashow). Material impresso a ser fornecidos aos participantes com texto de apoio que estará direcionado ao conteúdo da aula expositiva.

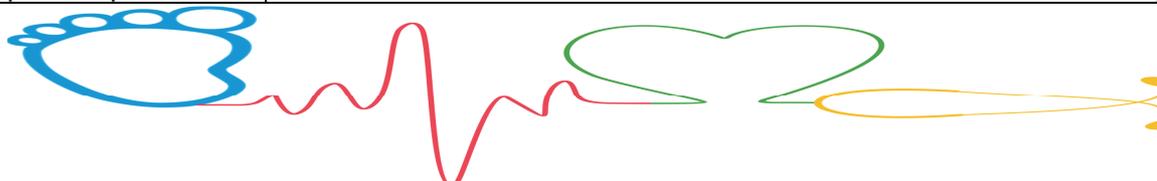
Além de material didático, também é necessário recursos materiais para atividade prática: tesouras, EVA, fita microporosa, esparadrapo, tala, abaixador de língua, gaze, algodão, curativo filme plástico transparente, atadura de crepe, escalpes, abocaths, PICC.

Recursos Humanos

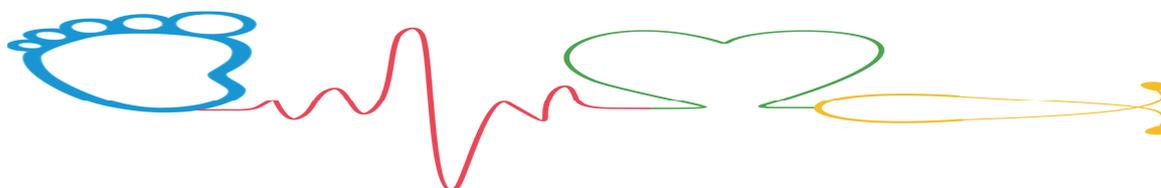
Mínimo de 1 tutor, com a presença de pelo menos mais 3 facilitadores.

Execução e avaliação das oficinas

Oficina Terapia Intravenosa em Neonatologia	
8h - Entrega de material	Os participantes serão recepcionados, assinarão uma lista de presença e receberão material necessário para ser utilizado na oficina.
8h30 - Abertura	Haverá uma breve apresentação dos tutores / facilitadores que irão conduzir a oficina, se identificando com nome e breve histórico profissional. Serão expostos também os objetivos a serem alcançados com a proposta da oficina.
9h - Apresentação dos participantes	Cada participante irá realizar a sua apresentação pessoal, com nome e unidade de trabalho.



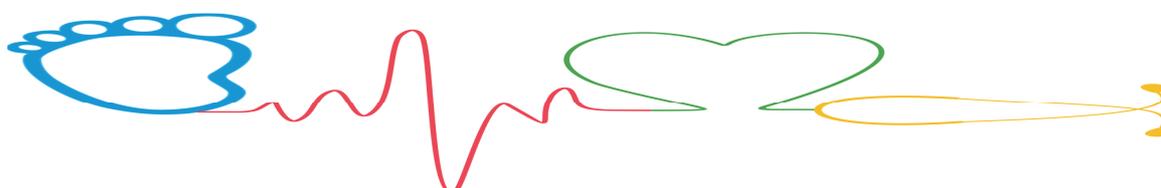
<p>9h30 - Dinâmica Construindo o boneco</p>	<p>Nesta oficina utilizaremos a Dinâmica Construção do boneco, que tem como objetivo refletir sobre a necessidade de planejar, coordenar e organizar o trabalho em equipe, presente no ANEXO F.</p> <p>Construção do boneco</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dividir os participantes por categoria profissional. - Definir as tarefas. - Fornecer o material. - Estimular a participação de todos. - Reunir o grande grupo ao término das tarefas. - Estimular a discussão com a finalidade de atingir o objetivo definido <p>Tempo sugerido: 30'</p>
<p>10h- Intervalo</p>	<p>Tempo sugerido 15 minutos.</p>
<p>10h15 - Exposição de conteúdo</p>	<p>Apresentação de conteúdo, com aula expositiva que deverá ser conduzida por um dos tutores, e material de apoio contendo textos e sugestões de leitura. Sugere-se utilização de recursos como aulas preparadas com slides, apresentando o tema de terapia intravenosa em neonatologia, explanando as potencialidades e desafios.</p>
<p>12h15 - Almoço</p>	<p>tempo sugerido 1h 45 minutos.</p>
<p>14 h - Testando conhecimentos</p>	<p>Será realizada neste momento a discussão em grupo de 04 casos clínicos. Casos clínicos presentes nesta oficina ou de escolha do tutor.</p>
<p>16 h - Intervalo</p>	<p>Tempo sugerido 15 minutos.</p>
<p>16h15 - Atividade prática</p>	<p>Recortar mãos, pés, pernas e braços em pedaços de papel EVA e proceder a colocação dos diversos dispositivos intravenosos (scalp, abocath e PICC) nos locais onde anatomicamente haveria possibilidade de punção venosa, e distribuir aleatoriamente aos participantes para que os mesmos possam proceder treinamento dos diversos tipos de fixação de acesso venoso. Importante colocar dispositivos como torneirinhas e polifix 2 vias para que o "peso" que exercem sob o dispositivo acoplado a pele simule o real em atividade profissional. Sugere-se também que caso seja viável à instituição colocar a disposição os diversos tipos de fitas adesivas para fixação para que a manipulação sejam conhecidas pelos participantes.</p>



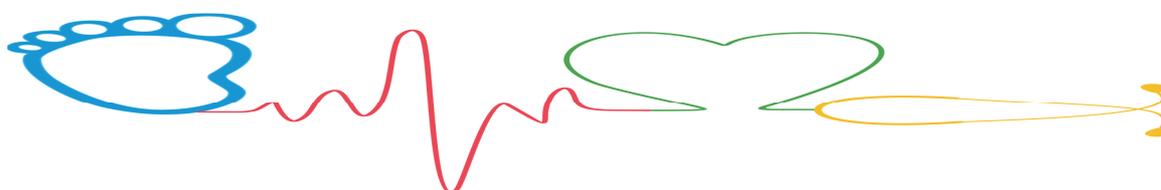
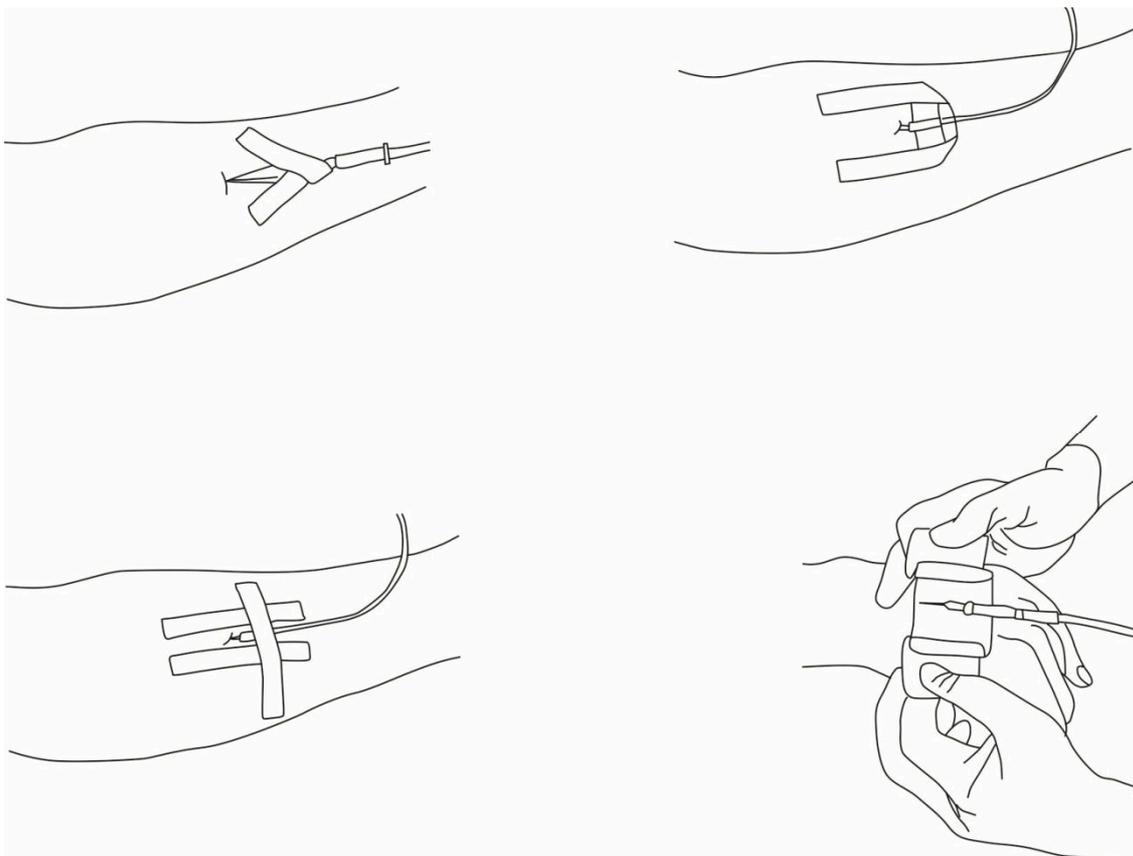
17h - Avaliação da oficina	<i>Como atividade avaliativa sugerimos que cada participante tenha um pequeno papel em mãos com as várias descrições dos riscos e danos que a terapia intravenosa podem causar. E um dos tutores apresentem por slide e/ou impresso as fotos e figuras dos riscos e consequências da terapia intravenosa numeradas, de forma que a cada foto/figura o participante deve correlacionar com a descrição e colocar o número correspondente como resposta.</i>
18h - Encerramento	<i>Entrega de certificados</i>

Considerações Finais

Ao final da oficina pretende-se que os profissionais de saúde participantes estejam aptos a avaliar a pele e local de inserção de cateteres em recém-nascidos, diferenciar as modalidades e seus critérios de uso para dispositivo venoso, e entender os riscos e consequências a que esta técnica está exposta



Atividade Prática



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, A. K. C.; CARVALHO, K. R. C.; MOURA, I. C. C.C. **Ocorrência de flebite em acesso venoso.** *Enferm. Foco* 2016; 7 (2): 37 -41.

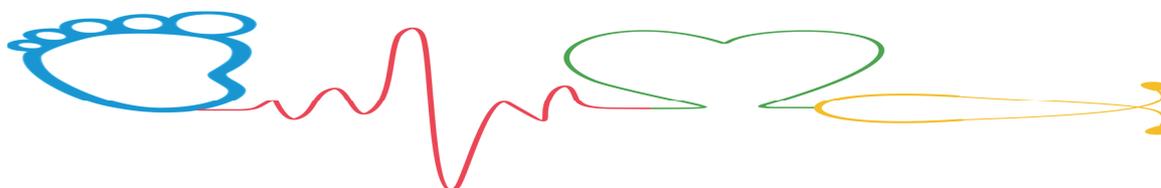
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. PARECER DE RELATOR COFEN Nº 243/2017 - Parecer de Relator Cofen nº 243/2017 aprovado na 494ª ROP.

Disponível em http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-cofen-no-2432017_57604.html. Acesso em 14/05/2018 às 9:30 hs.

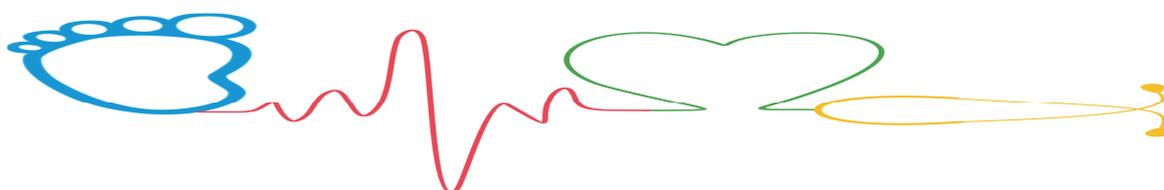
MELAGUTTI, W.; ROEHRS, H. **Terapia Intravenosa: Atualidades.** São Paulo: **Moartinari, 2012.** *Rev. Rene, Fortaleza*, 2011. Abr/jun;12 (2): 324-32.

MODES, P. S. S. A.; GAÍVA, M. A. M.; ROSA, M. K. O.; GRANJEIRO, C. F. **Cuidados de enfermagem nas complicações da punção venosa periférica em recém-nascidos.** *Rev Rene, Fortaleza*, 2011 abr/jun; 12(2):324-32.

RODRIGUES, E. C.; CUNHA, S. R.; GOMES, R. **“Perdeu a veia” - significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):989-999, 2012.



ANEXOS



ANEXO A - DINÂMICA DOS SENTIDOS

Objetivo:

Refletir sobre a importância dos sentidos, a partir da simulação de sensações do bebê internado numa UTIN. Facilitadores: tutor. Local: sala principal. Material: essências de cravo, baunilha, perfumes de bebê, essências de alho, perfumes fortes, lenços de seda, pluma, algodão, esponja, chocolate em barra, aparelho de som. Obs.: Não utilizar materiais pontiagudos, essências com álcool e ter cuidado com possíveis alergias alimentares. Não insistir quando o participante rejeitar o estímulo.

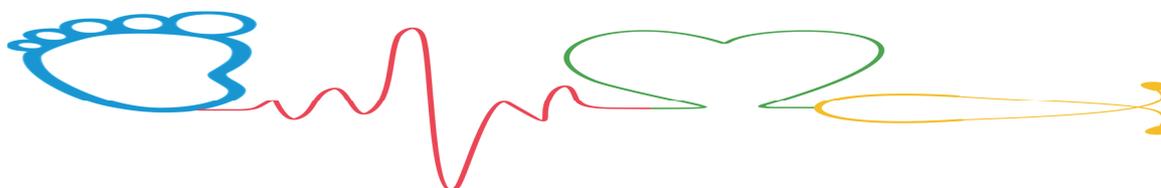
Desenvolvimento:

Formar um círculo de cadeiras para facilitar o desenvolvimento da atividade e a discussão em grande grupo com todos os integrantes da oficina. Os participantes serão convidados a permanecer numa posição confortável, de olhos fechados, e atentos aos outros sentidos. Apagam-se algumas luzes. Ao mesmo tempo em que se escuta uma música suave, os facilitadores estimulam os sentidos das pessoas: tato, olfato e paladar, usando alimentos de diferentes sabores, passando objetos sobre a pele e passando substâncias odoríferas próximas as narinas de cada um. Durante a dinâmica os facilitadores podem fazer tocar seus celulares e conversar em voz mais alta ou colocar ruídos de alarmes dos equipamentos da UTIN para os participantes perceberem como são incômodos tais ruídos. Mudar os participantes de lugar sem o aviso prévio e posteriormente fazê-lo mais delicadamente, avisando-os. Abraçá-los delicadamente também é uma boa estratégia. Ao final, solicita-se que todos abram os olhos, e acendem-se as luzes paulatinamente.

Fechamento:

Os facilitadores devem estimular o grupo a falar, a fazer pequenos comentários sobre sua experiência durante a dinâmica. Se necessário, fazer rápidas intervenções sobre questões ou aspectos levantados pelo grupo. Após cerca de 30', inicia-se o “fechamento”, quando os facilitadores fazem um resumo do que foi dito e sinalizam o tema central. O facilitador deve ficar atento para possíveis reações emocionais que possam ser provocadas em alguns participantes e acolhê-las.

Fonte: adaptado de MAYER, C. Dinâmicas de grupo: ampliando a capacidade de

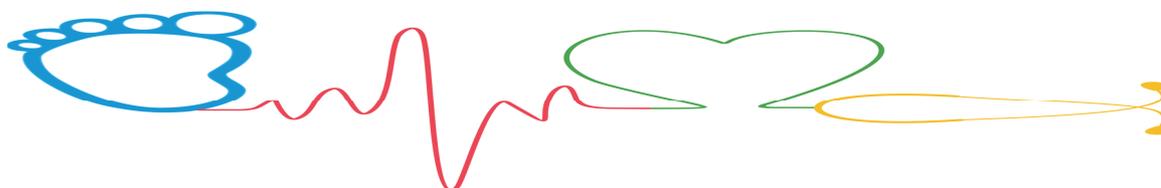


interação. São Paulo: Papyrus Editora, 2005. 208p.

Como saber se não estamos invadindo a privacidade dos participantes?

Preservar a integridade física e emocional dos participantes é, sem dúvida, de fundamental importância na dinâmica de grupo. É necessário deixar claro que a participação é optativa e, se for o caso, esclarecer que alguns procedimentos poderão ser percebidos como invasivos. Por exemplo, na dinâmica dos sentidos, o participante pode perceber algum aroma ou toque como invasivo. Um cuidado a ser tomado é não utilizar objetos e substâncias que possam causar qualquer dano, como palitos ou álcool. Além disso, caso se utilize chocolate (ou outra guloseima) deve-se, após levá-lo próximo ao nariz do participante, colocá-lo em sua mão para que possa decidir se quer ou não comê-lo. Da mesma forma, devem-se evitar técnicas que deixem os participantes em situações constrangedoras.

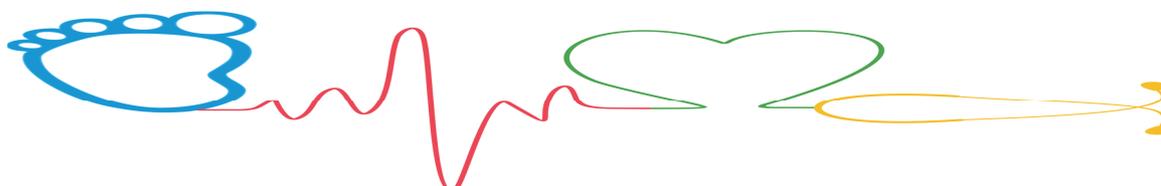
Fonte: Ministério da Saúde, Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso Método Canguru – Caderno do Tutor, pág 60.



ANEXO B – Escala NIPS

Escala de Dor no Recém-Nascido (NIPS-Brasil)
<p>Espressão Facial</p> <p>0 = Músculos relaxados - Face relaxada, expressão neutra</p> <p>1 = Careta - Músculos faciais contraídos; testa, queixo e maxilar franzidos (expressões faciais - do nariz, da boca e da testa)</p>
<p>Choro</p> <p>0 = Sem choro - Tranquilo, não está chorando</p> <p>1 = Choro fraco - Gemido fraco, intermitente</p> <p>2 = Choro vigoroso - Choro alto, crescente, estridente, contínuo</p> <p>(Observação: Se o bebê estiver entubado, o choro silencioso é considerado quando evidenciado por movimentos óbvios da boca e da face)</p>
<p>Padrão Respiratório</p> <p>0 = Relaxado - Padrão usual para este bebê</p> <p>1 = Alteração da respiração - retrações, irregular, mais rápida do que o usual, engasgo, pausa respiratória</p>
<p>Braços</p> <p>0 = Relaxados/Contidos - Sem rigidez muscular, movimentos ocasionais dos braços</p> <p>1 = Flexionados/Estendidos - Braços tensos, esticados, rígidos e/ou rápida extensão e flexão</p>
<p>Pernas</p> <p>0 = Relaxados/Contidos - Sem rigidez muscular, movimentos ocasionais dos braços</p> <p>1 = Flexionados/Estendidos - Braços tensos, esticados, rígidos e/ou rápida extensão e flexão</p>
<p>Estado de Consciência</p> <p>0 = Dormindo/Acordado - Tranquilo, quieto, dormindo ou alerta e calmo</p> <p>1 = Agitado - Alerta, inquieto e se debatendo</p>
<p>A pontuação total varia de 0 a 7. Uma pontuação superior a 3 indica dor (dor: ≥ 4)</p>

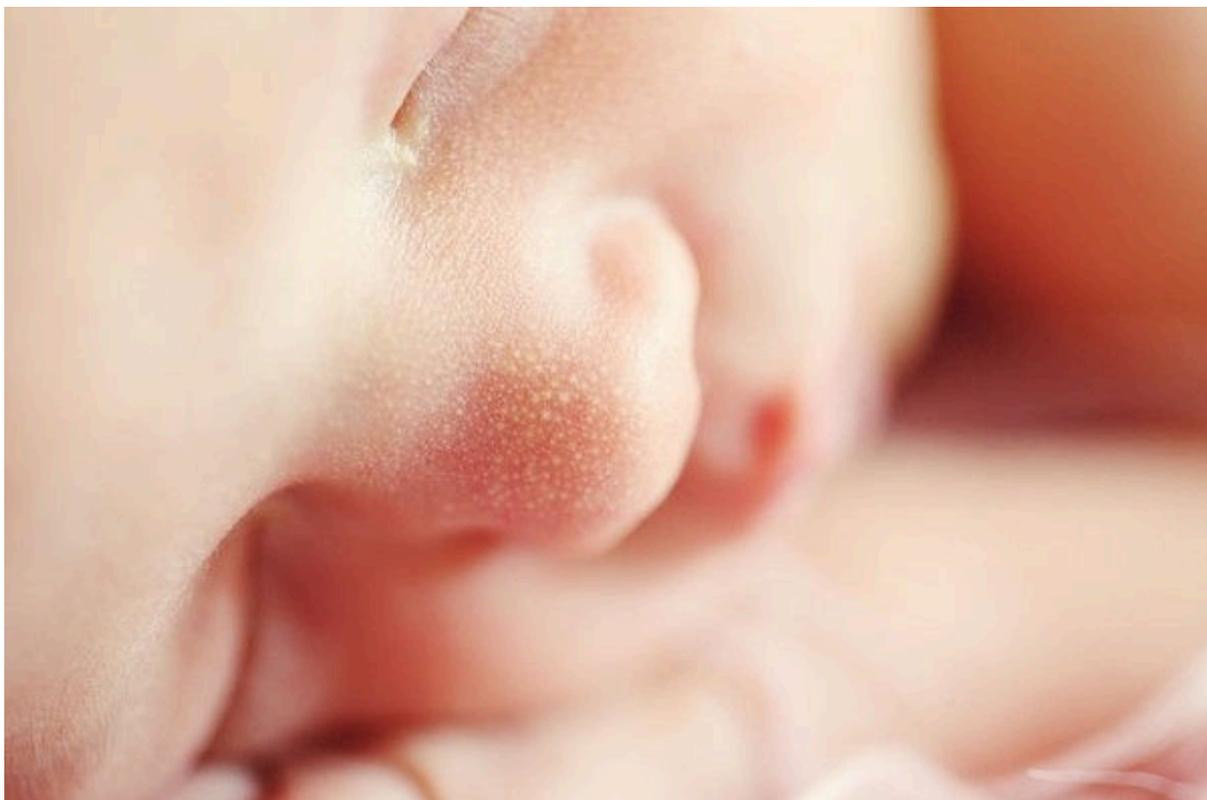
Fonte: MOTTA, G. C. P. Adaptação transcultural e validação clínica da *Neonatal Infant Pains Scale* para uso no Brasil, pág 52



**ANEXO C – Reportagem “Banho de luz no colo da mãe é possível e favorável” –
Gazeta do Povo**

Banho de luz no colo da mãe é possível e favorável

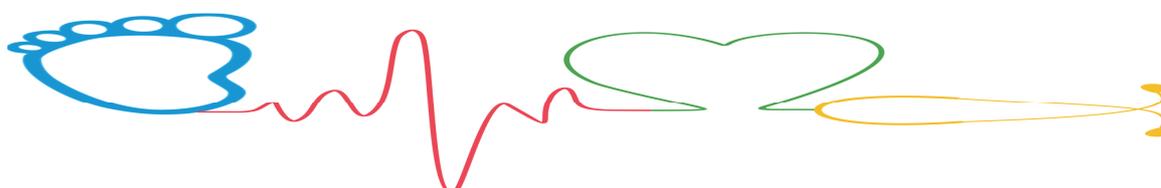
Tratamento de icterícia varia conforme o grau e pode ser feito dentro ou fora do hospital



Colo de mãe sempre é bom, inclusive no tratamento de **icterícia**: uma condição comum dos recém-nascidos. A doença é manifestada pela **cor amarela da pele** causada pelo excesso da substância **bilirrubina** no sangue. Se não tratada, pode desencadear em uma **doença neurológica** atrasando o desenvolvimento mental e até gerando retardo. De acordo com Marcelene Teixeira Lima Oku, pediatra e dermatologista do Hospital Nossa Senhora das Graças, a bilirrubina é um pigmento normal, amarelo, gerado pelo metabolismo das células vermelhas do sangue. A criança fica icterícia quando a formação de bilirrubina é maior do que a capacidade do seu fígado de metabolizá-la.

Mas e o colo da mãe?

O tratamento da doença é feito com o **banho de luz**, geralmente no berço. Nessa semana, a foto de uma mãe segurando o filho no colo enquanto ele recebia a **fototerapia** viralizou nas redes sociais. “O contato da luz com a pele da criança

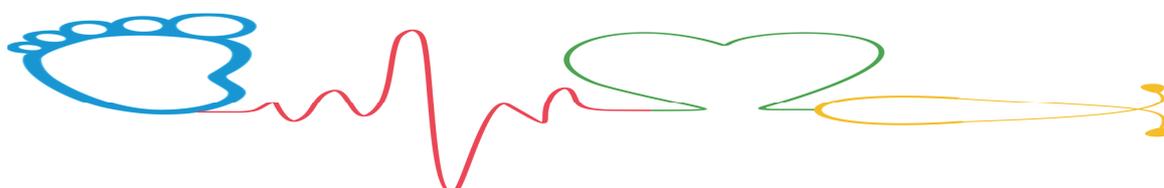


transforma o pigmento em outra configuração ótica, permitindo que ele seja eliminado”, explica.



Essa imagem viralizou na web e levantou questionamentos sobre a humanização do tratamento contra icterícia (Foto: Reprodução Facebook Pequenos Tesouros by Marcia Zani)

A especialista explica que em todas as **maternidades de Curitiba** o tratamento dos casos mais graves é feito ao lado da mãe. A diferença está nos equipamentos. O mais tradicional é o **berço com luz azul acoplada**. Nesses casos, a mãe auxilia a virar o bebê de posição para que a irradiação atinja todo o corpinho, mas só pode pegá-lo no



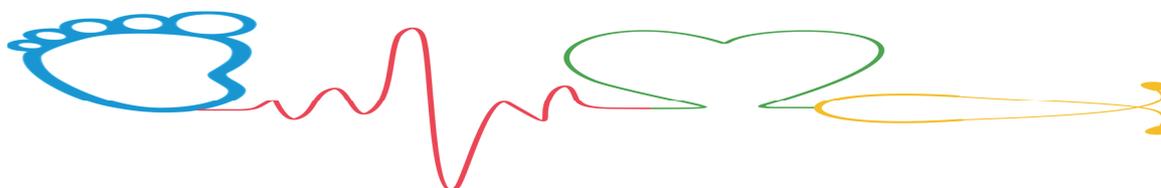
colo para amamentar. O outro equipamento é uma **lâmpada móvel**, parecida com os equipamentos de soro que possibilita segurar o bebê durante o procedimento. “Geralmente a criança precisa ficar sem roupa e com óculos de proteção. Se o bebê ficar no colo na mãe é indicado que ela também proteja os olhos para não ter dor de cabeça ou tontura”, explica a médica.

Os benefícios do colo da mãe são vários. **A criança fica mais calma e se sente mais segura, muitas vezes nem chora enquanto recebe o tratamento.** Para que seja eficiente a luz deve estar, no máximo, a dois milímetros da pele e continuamente. “O tempo do tratamento varia e depende da quantidade de bilirrubina e da facilidade para eliminar a substância”, diz.

E se eu não tratar?

Tirar a criança do hospital sem o tratamento significa **colocá-la em risco**, e vale ressaltar que o banho de luz deve ser contínuo. Em casos de icterícia leve, no entanto, é possível que o bebê vá para casa e pegue **sol** através da janela. **Amamentar bem é essencial para o tratamento, porque ajuda a eliminar a substância rapidamente.**

Fonte: Gazeta do Povo. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/saude-e-bem-estar/maternidade/banho-de-luz-no-colo-da-mae-e-possivel-e-favoravel/>



ANEXO D – Atividade de avaliação da Oficina de Cuidados de enfermagem em Fototerapia

1. Quando em fototerapia, os olhos do recém-nascido devem ser protegidos para evitar:

- a) Lacrimejamento
- b) Lesão na córnea
- c) Produção de secreção
- d) Priaprismo

2. O aparecimento da icterícia, nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido é indicativo de:

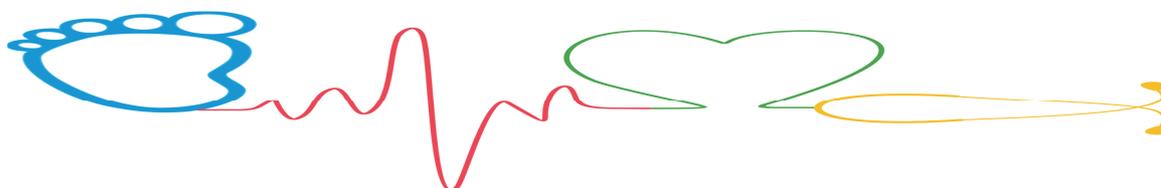
- e) Icterícia fisiológica
- f) Icterícia patológica
- g) Icterícia associada à amamentação
- h) Icterícia provocada pelo leite materno

3. Em se tratando de hiperbilirrubnemia podemos AFIRMAR que:

- a) A fototerapia em forma de spot é indicada para neonatos com peso de nascimento inferior a 2.500g.
- b) A indicação da fototerapia depende mais da icterícia visível na pele do que do peso e idade do RN.
- c) A fotoxidação converte a bilirrubina em pequenos produtos polares que são excretados pelas fezes.
- d) A fotoisomerização converte a bilirrubina em lumirrubina dificultando a sua eliminação.

4. O diagnóstico e o tratamento precoces da hiperbilirrubnemia neonatal têm como objetivo principal evitar complicações do sistema:

- a) Digestório
- b) Circulatório
- c) Nervoso Central



d) Imunológico

1. Resposta: B – A intensidade de luz da fototerapia pode levar à lesão na córnea do recém-nascido, por esse motivo os olhos devem ser protegidos com uma máscara de cor escura, mantendo suas pálpebras fechadas.

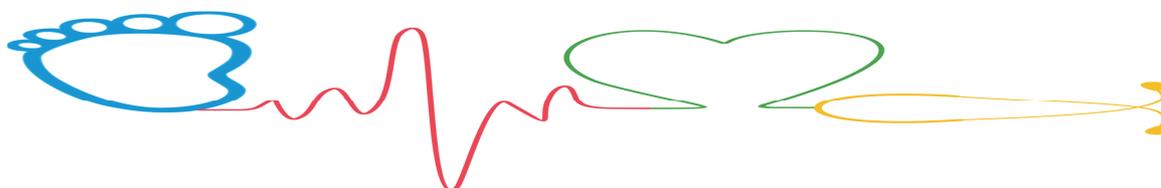
2. Resposta: B – A icterícia que aparece nas primeiras 24 horas é considerada do tipo patológica. Aquela que aparece após 36 horas é considerada fisiológica.

3. Resposta: A – O uso do bilispor é indicado para neonatos com peso de nascimento inferior a 2.500g por causa da relação entre incidência do foco luminoso e a superfície corpórea. Com relação ao uso da fototerapia no recém-nascido, esta vai depender do peso de nascimento do neonato, das horas de vida do aparecimento da icterícia (idade do bebê) e os níveis séricos de bilirrubina do bebê.

O mecanismo de ação da fototerapia baseia-se em dois mecanismos: a fotoisomerização e a foto-oxidação. A fotoisomerização leva a conversão da bilirrubina em um isômero, chamado de lumirrubina (ou estrutural) que não pode ser reabsorvida e é excretada pelo fígado e pelos rins. Já a foto-oxidação converte a bilirrubina em pequenos produtos polares que são excretados que são excretados pela urina e não pelas fezes.

4. Resposta: C – o diagnóstico e o tratamento precoces da hiperbilirrubinemia neonatal têm como principal objetivo evitar a impregnação de bilirrubina nos tecidos do sistema nervoso central podendo levar a necrose dos neurônios. A esta complicação dá-se o nome de Kernicterus ou Encefalopatia bilirrubínica, com risco de desenvolvimento de lesões permanentes tais como retardo mental, surdez e comprometimento motor.

Fonte: RIBEIRO, I. C.; PACHECO, S. T. A.; AGUIAR, B. G. C. **Enfermagem neonatal: conceitos e práticas.** 1 ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2014. p. 245-247.



ANEXO E – Texto de experiências de parto.

PARTO NORMAL

Relato de parto: o nascimento da Mirella

"Sempre me encantou ler relatos de outras mulheres, todos com tanto sentimento na escrita. Lendo-os eu sorria, chorava e realmente sentia a emoção da mãe naquele momento tão único em sua vida. Eu passei por isso. Passaria de novo. E congelaria por uns minutos ou horas o exato momento em que Mirella veio para meu colo."

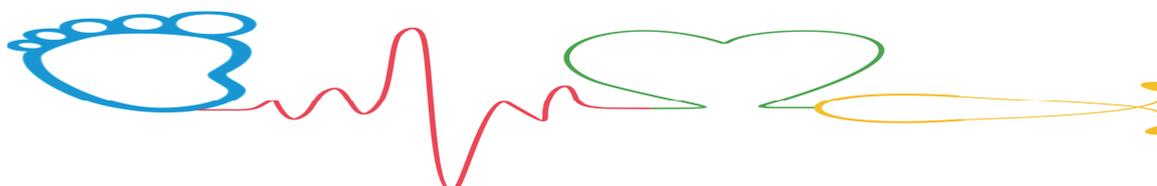
08/09/2017



Já se passaram alguns anos e eu ainda não havia conseguido escrever o meu relato de **parto**. Sempre quis. Sempre me encantou ler relatos de outras mulheres, todos com tanto **sentimento** na escrita. Lendo-os eu sorria, chorava e realmente sentia a emoção da mãe naquele momento tão único em sua vida. Eu passei por isso. Passaria de novo. E congelaria por uns minutos ou horas o exato momento em que Mirella veio para meu colo.

Engravidei na adolescência. Eu tinha medo (um medo enorme), só de pensar na possibilidade de ter um parto normal. Sim, estranho, já que muitas mulheres sonham em não precisar da cesárea. A maioria delas, a meu ver. Minha mãe teve três filhos: todos de parto normal/natural. Ela sempre me falou dos benefícios e de como a recuperação era ótima. Mas isso não era suficiente para me tranquilizar, nem fazer com que eu desejasse poder parir naturalmente.

Durante a gravidez, quando mencionei a ideia de assistir a um vídeo de **parto normal**, ouvi falar que era melhor não ver, porque meu **medo** só aumentaria e aí mesmo



que eu desistiria da ideia. Ok! Não quis um sentimento mais intenso de medo comigo, então resolvi não procurar.

Seguia com medo. E assim foi até a 38ª semana. Eu me sentia insegura, desamparada e com um temor enorme dentro de mim. Fui a uma consulta com o **ginecologista e obstetra** (GO) no dia 11 de novembro de 2013. Expliquei meu medo e implorei por uma cesárea. **Cesárea marcada!** Quando ouvi: “dia 18/11/2013, pela manhã, você terá sua filha em seus braços”, respirei aliviada! Era como se um peso (o medo) que me acompanhou durante quase a gravidez inteira tivesse sido retirado das minhas costas.

Passei até a dormir melhor, sabendo que eu não precisaria mais me preocupar com a “dor da morte”. Era isso que eu ouvia de algumas (ou várias) pessoas que tentavam me “informar” sobre o parto normal.

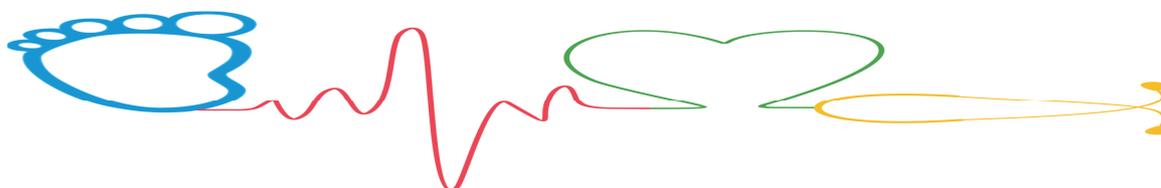
Então, no dia 16/11, fui à pizzaria com minha madrinha andando, conversando muito. Comemos. Às 23h voltei para casa, andando normalmente, e feliz. Eu sabia que dormiria, acordaria no domingo, e na segunda conheceria minha filha. Chegando em casa, terminamos de fazer a cestinha de remédios da Mirella, conversamos, e uma ou duas horas depois fui tomar um banho e me aprontar para dormir. Orei, me deitei, e dormi.

Acordei de madrugada para ir ao banheiro e percebi um incômodo na minha barriga. Nem dei importância, afinal, eu estava convencida de que teria uma cesárea e zero de dor (aham!!). Voltei a dormir.

Quando acordei de manhã, o incômodo já era um pouco mais intenso. Mas nem estava perto de ser uma dor. Minha mãe me orientou a começar a contar o intervalo entre um incômodo e outro. Eles tinham um intervalo de 5 minutos! Quando contei isso para minha mãe, ela sugeriu irmos ao hospital, só por **precaução**, para ver se estava tudo bem com o bebê e comigo. Eu escolhi ficar em jejum para ir ao hospital. Vai que minha cesárea acontece com um dia de antecedência, né?!

Chegando ao hospital, entrei na sala da GO com medo (o parto normal ainda me assombrava). Ela disse que me examinaria e então fez o toque. Eu estava apreensiva e com mil, literalmente mil pensamentos bagunçados em minha cabeça. Então ouvi: “7cm de **dilatação**, já pode internar!”.

Não sei exatamente o que passou pela minha cabeça. Comecei a chorar. A médica me



perguntou o que estava acontecendo e eu perguntei se ela faria minha cesárea naquele momento. Ela me disse: “claro que não! Você já está com 7 cm de dilatação, sem dor. Só faltam 3cm, você vai ter um **parto normal** lindo!”.

Aí que eu chorei mesmo. Como assim? Eu? Parto normal? Nunca! E chorando eu subi com minha mãe para sala pré-parto. Ficamos sentadas ali e eu falando para ela o quanto desejava uma cesárea. A GO então veio, me perguntou se eu queria ir para o soro, para agilizar o processo de dilatação, mas eu disse que não. Primeiro eu queria comer, pois tinha ido em jejum para uma cesárea. Para um parto normal eu precisaria estar bem alimentada, coisa de bicho... Eu iria fazer muita força!

Então, fiquei sem o soro. Às 11h almocei, pouco. A **ansiedade** que eu estava sentindo nem me deixava comer. Às 14h a GO voltou e foi me examinar novamente. Não havia dilatado mais nenhum centímetro sequer. Então, fui para o soro! Veio uma enfermeira colocar o soro em mim, e foi aí que eu descobri as dores da contração. Até então era uma dorzinha bem “inha” mesmo. A GO me acompanhou a cada momento a partir dali. Ela me acalmava e fazia massagem nas minhas costas.

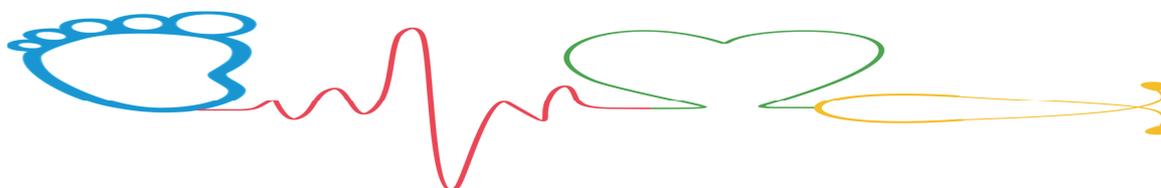
O tempo parecia andar devagar. Até que olhamos para o relógio e este já marcava 15h40min. Outro toque e, finalmente, estava com 10 cm de dilatação! Confesso que nesse momento e ao longo de todas essas horas no hospital, implorei 1000 vezes por uma cesárea. A GO rompeu a minha bolsa e me disse que o momento de conhecer o amor da minha vida estava pertinho de chegar.

Fomos à sala de parto. Chegando lá, me deitei e aí meu corpo já estava no comando. Desse momento até eu parir minha filha, não lembro detalhadamente de tudo... O meu “lado bicho” começou a trabalhar por mim. Lembro-me de pedir à GO uma compressa de gaze e colocar na boca para morder. Parecia aliviar um pouco a dor.

Enquanto eu segurava a mão da minha mãe, mordida a compressa e fazia muita força. A doutora me disse, então, que havia visto a cabeça da minha filha. Não lembro se foi nesse momento que ouvi: “você vai sentir uma picadinha!”. Aplicaram em mim a anestesia local, para “receber” a **episiotomia**. Ok, eu estava indo bem. Era só continuar no mesmo ritmo.

Assim segui por 10 minutos mais, até que **Mirella nasceu!**

“**Você vai ao céu e volta!**“. A frase que eu ouvi algumas vezes durante a gravidez fez sentido no exato momento em que ela nasceu.



Aí sim, zero de dor! Havia acabado! Um sentimento de missão cumprida tomou conta de mim. Mirella então veio para o meu colo, mamou e ali eu sentia a pontinha do amor infinito.

Enquanto ela mamava, a GO dava os pontos da episio. Uma artéria havia sido cortada e precisei tomar uma injeção para não ter hemorragia. Eu me sentia bem, estava plenamente feliz.

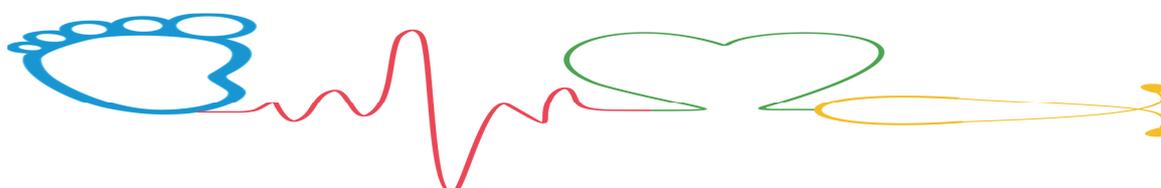
Lembro-me de que indo à sala pós-parto, falei com a enfermeira: “pede para levarem um pão pra mim. Aliás, um só não, tô com muita fome, isso cansa!”.

Por fim, aproveito esse relato para dizer a quem quer que esteja lendo: depois dessa incrível **experiência** – a mais louca, a mais linda e a mais intensa da minha vida -, eu sou apaixonada e grata pelo **momento** que vivi.

Cintia é mãe da Mirella, apaixonada pelo universo materno e pelas experiências que o mesmo proporciona. Ama escrever e compartilhar o que vive com a filha.

*Encontre Cintia e Mirella no Instagram: **@sermaesempirar***

Fonte: Pimpolho. Disponível em: <https://pimpolho.com.br/relato-de-parto-o-nascimento-da-mirella/>



ANEXO F – Dinâmica da construção do boneco

Objetivo:

Refletir sobre a necessidade de planejar, coordenar e organizar o trabalho em equipe. Facilitadores: tutor. Local: sala principal. Material: separar dez folhas de cartolina branca, tesouras, canetas coloridas, tudo de cola, fita durex ou fita crepe.

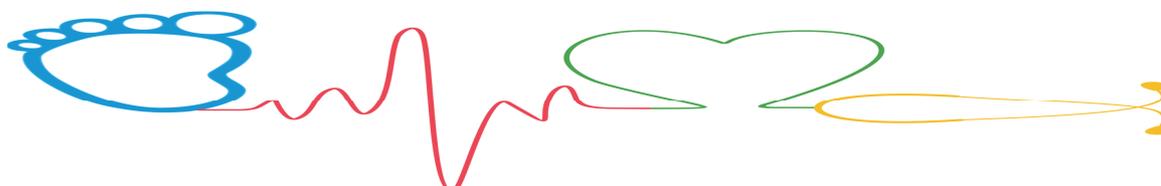
Desenvolvimento:

Distribuir entre os participantes o material, divididos em grupos por profissão. Solicitar que cada grupo desenhe uma ou duas partes do corpo: uma mão, um braço, um pé, uma perna, outra mão ou braço, outro pé, outra perna, um tronco, uma cabeça. Solicitar aos participantes que recortem os desenhos. Em seguida, um membro de cada grupo deve colar o desenho em um painel, começando pela cabeça, depois tronco, braços, mãos, pernas e pés. Como nada foi programado antes, situações diversas aparecerão como discrepância entre o tamanho dos membros, dos pés, do tronco, da cabeça etc.

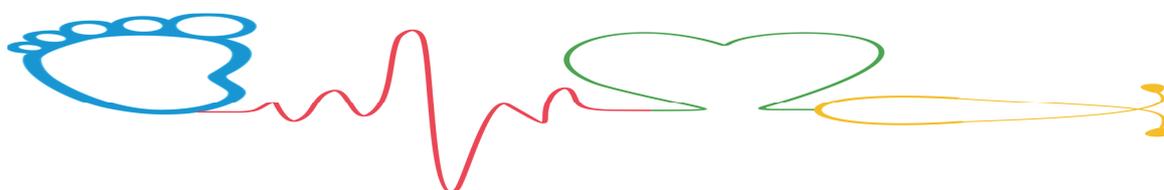
Fechamento:

Solicitar aos participantes que expressem sua opinião referente ao resultado encontrado. Comentar a necessidade de programar, discutir e articular um projeto para que ele não fique parecido com o “boneco monstro”. Discutir que quando os profissionais não trocam ideias, não se comunicam, não se articulam, não possuem condutas unificadas, o resultado será insatisfatório tanto para equipe quanto para o bebê e sua família.

Fonte: Ministério da Saúde, Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso Método Canguru – Caderno do Tutor, pág 71.



APÊNDICES



APÊNDICE A - Dinâmica luz-escuridão

Objetivo:

Ativar a percepção dos cuidadores quando a luz incide diretamente dos olhos (como quando os bebês estão em tratamento de fototerapia) causando incômodo, irritabilidade, estresse entre outros. E que, em cenário contrário, ao de total escuridão representada pela proteção ocular, o não conhecimento prévio de procedimento que podem ser realizados são correlacionados a principalmente ao sentimento de medo, por não saber o que vai acontecer no cuidado.

Facilitadores: tutores

Local: sala principal

Material: vendas (podem ser utilizado lenços de cores escuras que vedam totalmente a visão), algodão, álcool, lanternas

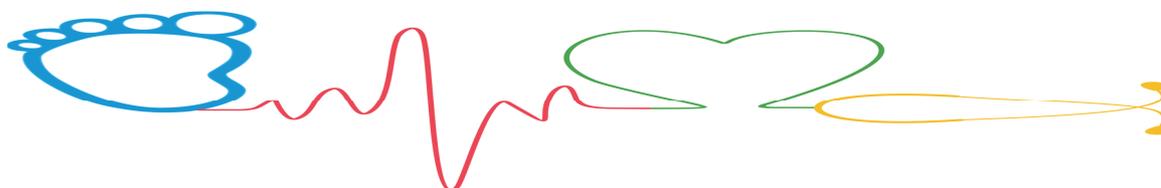
Desenvolvimento:

Distribuir os participantes em duplas, uma pessoa da dupla ficará com a lanterna e a venda, pois aplicará no colega a luz diretamente nos olhos e solicitará que o mesmo exponha qual foi a sensação. Após este momento, este participante irá se vendar, com a intenção de não conseguir enxergar mais nada, nem mesmo feixes de luz, e dessa forma o participante que recebeu a luz em seus olhos, aplicará no outro participante toques com a mão sem avisar previamente, pode-se garrotear um membro superior também sem aviso prévio, e utilizar uma bolinha de algodão embebida em álcool e passar sob a pele do outro participante. Após esse momento, o segundo participante também irá relatar quais foram as suas sensações ao ser vedado e estimulado.

Fechamento:

Solicitar aos participantes que expressem sua opinião referente aos estímulos recebidos, e quais as percepções eles tiveram como paciente. Comentar a necessidade de sempre que possível antes de procedimentos sejam eles invasivos ou não, no caso da neonatologia aplicar todas as medidas de confortos antes da realização dos procedimentos, tentar aplicar sempre o toque a pele de forma suave tentando minimizar o susto e o medo nos bebês. A interação e dialogo com a família do bebe em tratamento de fototerapia também é essencial para diminuição do estresse de ambos.

Fonte: próprio autor.



APÊNDICE B – Dinâmica: Quadro de visualização móvel.

Objetivo:

Esta dinâmica que tem como objetivo a interação e reflexão dos participantes sobre a importância do manejo da dor sob perspectiva da utilização de intervenções não-farmacológicas.

Facilitadores: tutores

Local: sala principal

Material: rolo de papel Kraft, tarjetas de papel kraft e canetões.

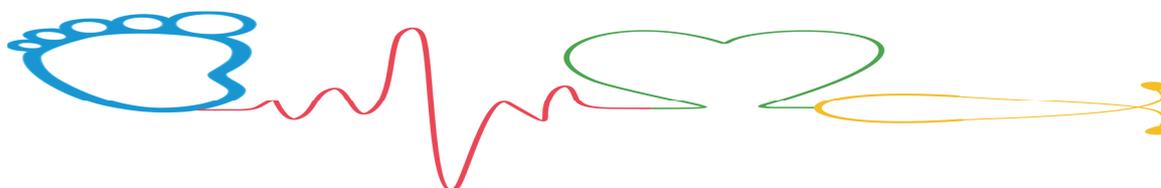
Desenvolvimento:

Pensando na sugestão de um número máximo de 20 participantes na oficina, o facilitador deverá dividir os componentes em 4 grupos, cada um com 5 pessoas. Inicialmente será distribuído um pedaço de papel Kraft (tarjeta) pequeno (medindo 40x20 cm) e um canetão. O facilitador deverá então verbalizar a pergunta disparadora da atividade:

Questão: Como a enfermagem pode atuar no controle da dor em recém-nascidos?

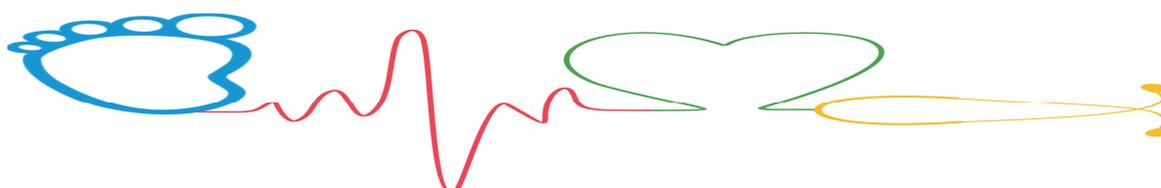
Cada grupo deverá responder a pergunta disparadora em seus papéis após uma roda de conversa com os colegas de grupo, o participante deverá escrever no papel o primeiro pensamento que lhe veio a memória, tais como uma atividade, intervenção ou sugestão. Em um quadro, o facilitador deverá organizar juntamente com os participantes uma síntese em formato de núcleos de sentido com as tarjetas de cada participante.

Neste momento o facilitador deverá com o auxílio dos participantes organizar no quadro núcleos de sentidos com as tarjetas já escritas, de forma que todas as sugestões de cuidados expostos fiquem em núcleos com essências similares. O facilitador deverá priorizar o aleitamento materno, toque, solução glicosada e cuidados em geral. Depois da conclusão de núcleos de sentidos, deverá ser realizado a leitura dos agrupamentos, e os participantes procederão à confecção de forma manual / escrita em um papel Kraft grande, em tópicos, de uma prescrição de enfermagem a partir de suas próprias sugestões.

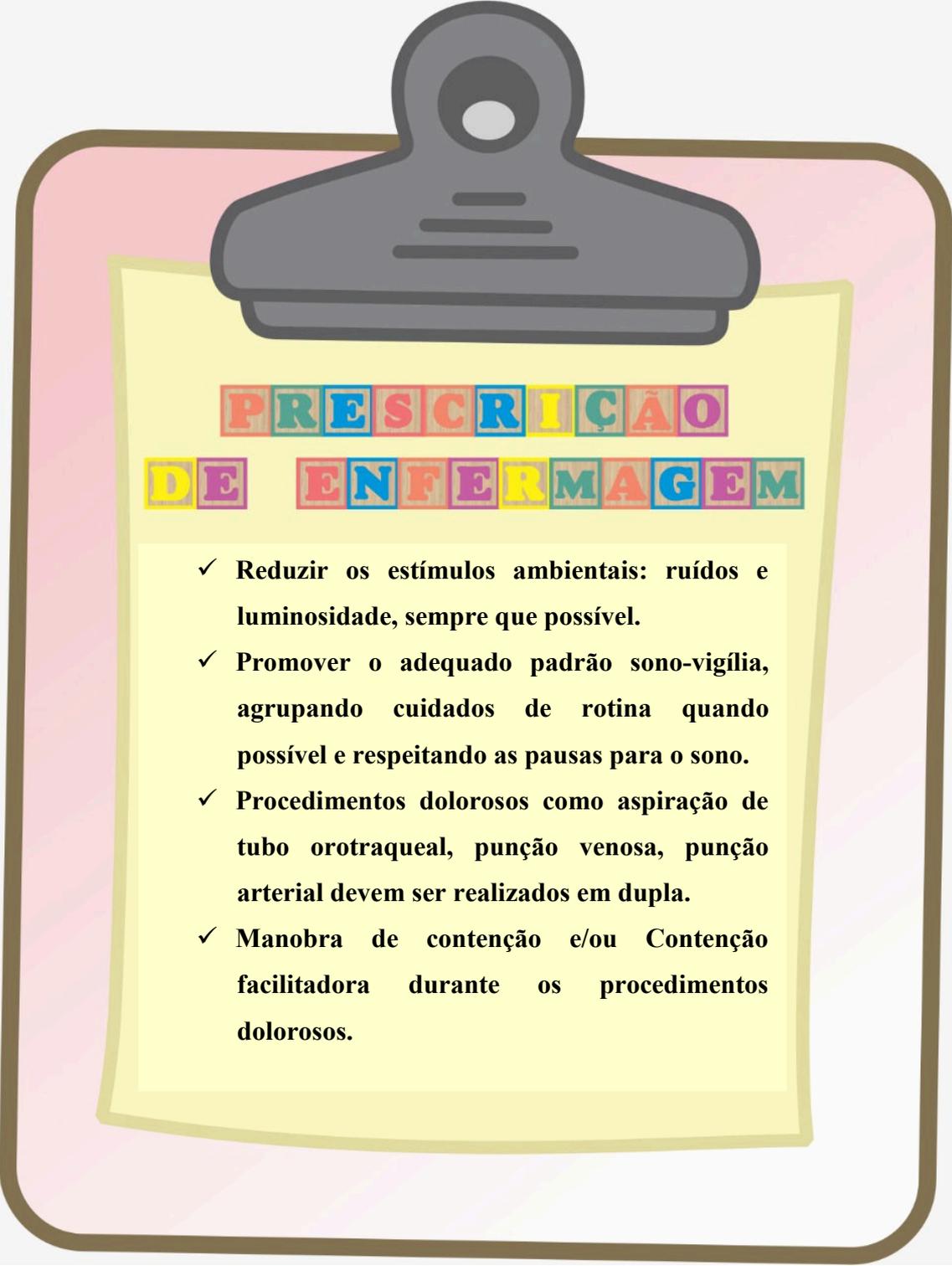


Nesta ocasião o facilitador irá apresentar a sua prescrição de enfermagem previamente construída e/ou utilizar sugestão de modelo presente no **Apêndice C**, para que dessa forma lado a lado ambas as prescrições possam ser visualizadas e discutidas em questionamentos de potencialidades e fragilidades da que o grupo estabeleceu.

Fonte: próprio autor.

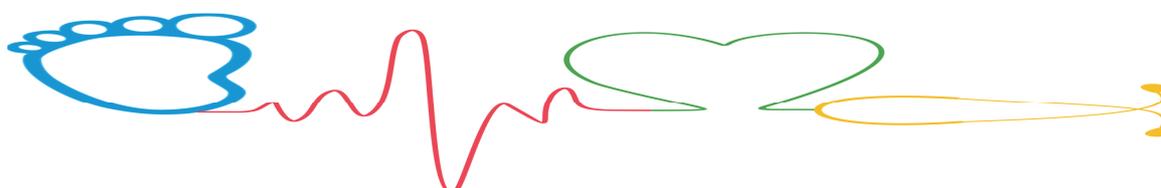


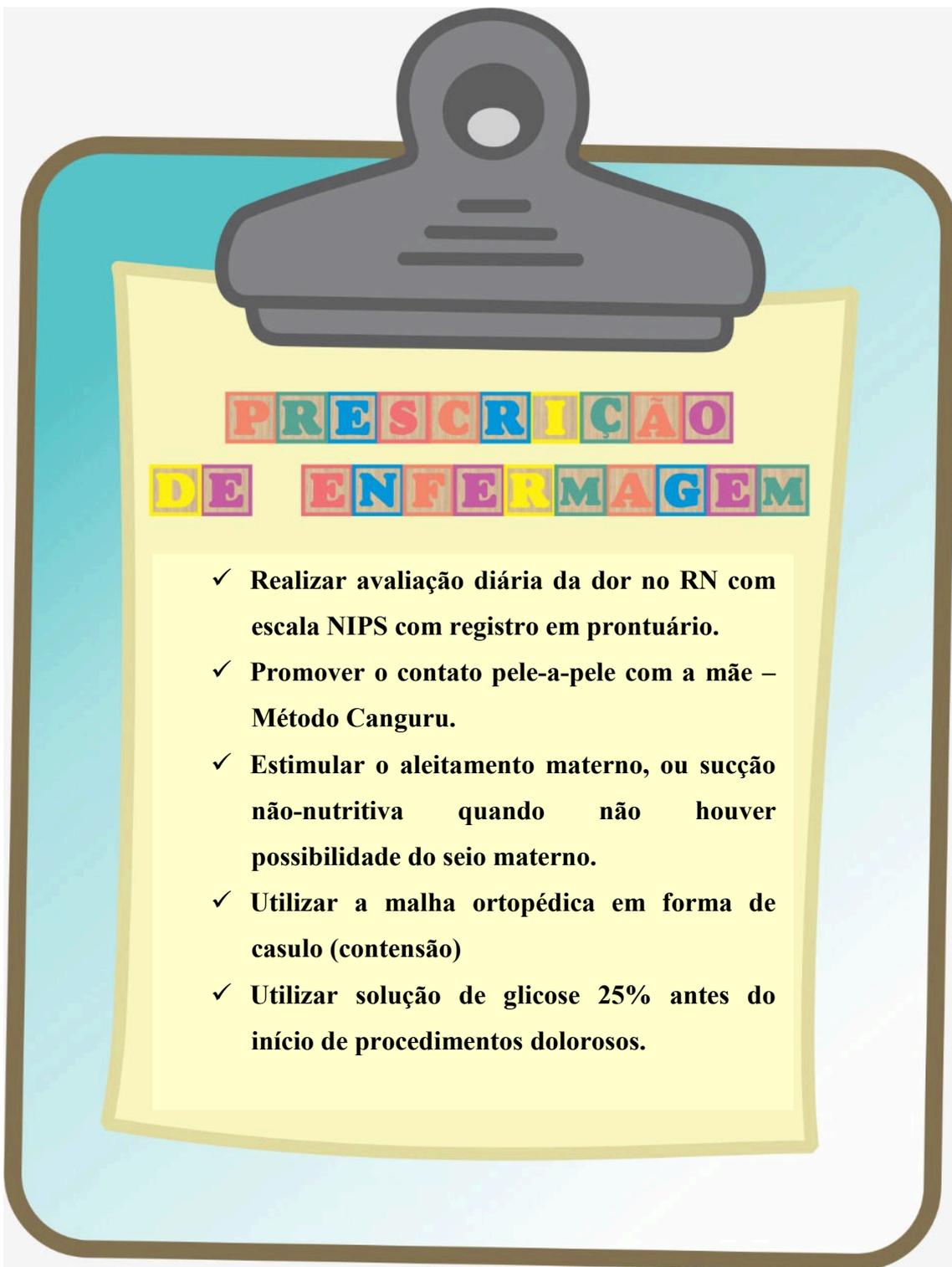
APÊNDICE C - Modelo de prescrição de enfermagem para controle e manejo da dor no RN com a utilização de métodos não-farmacológicos.



**PRESCRIÇÃO
DE ENFERMAGEM**

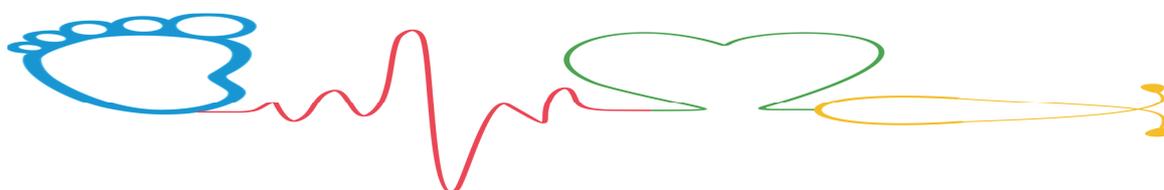
- ✓ Reduzir os estímulos ambientais: ruídos e luminosidade, sempre que possível.
- ✓ Promover o adequado padrão sono-vigília, agrupando cuidados de rotina quando possível e respeitando as pausas para o sono.
- ✓ Procedimentos dolorosos como aspiração de tubo orotraqueal, punção venosa, punção arterial devem ser realizados em dupla.
- ✓ Manobra de contenção e/ou Contenção facilitadora durante os procedimentos dolorosos.

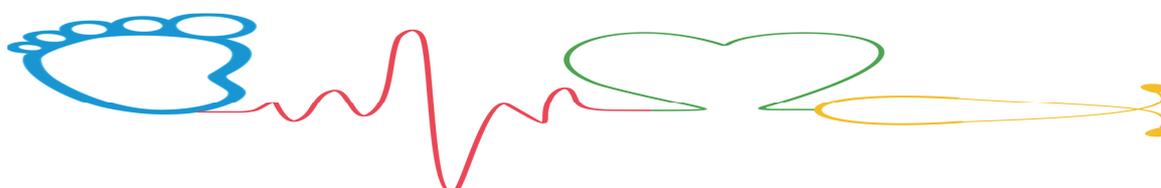
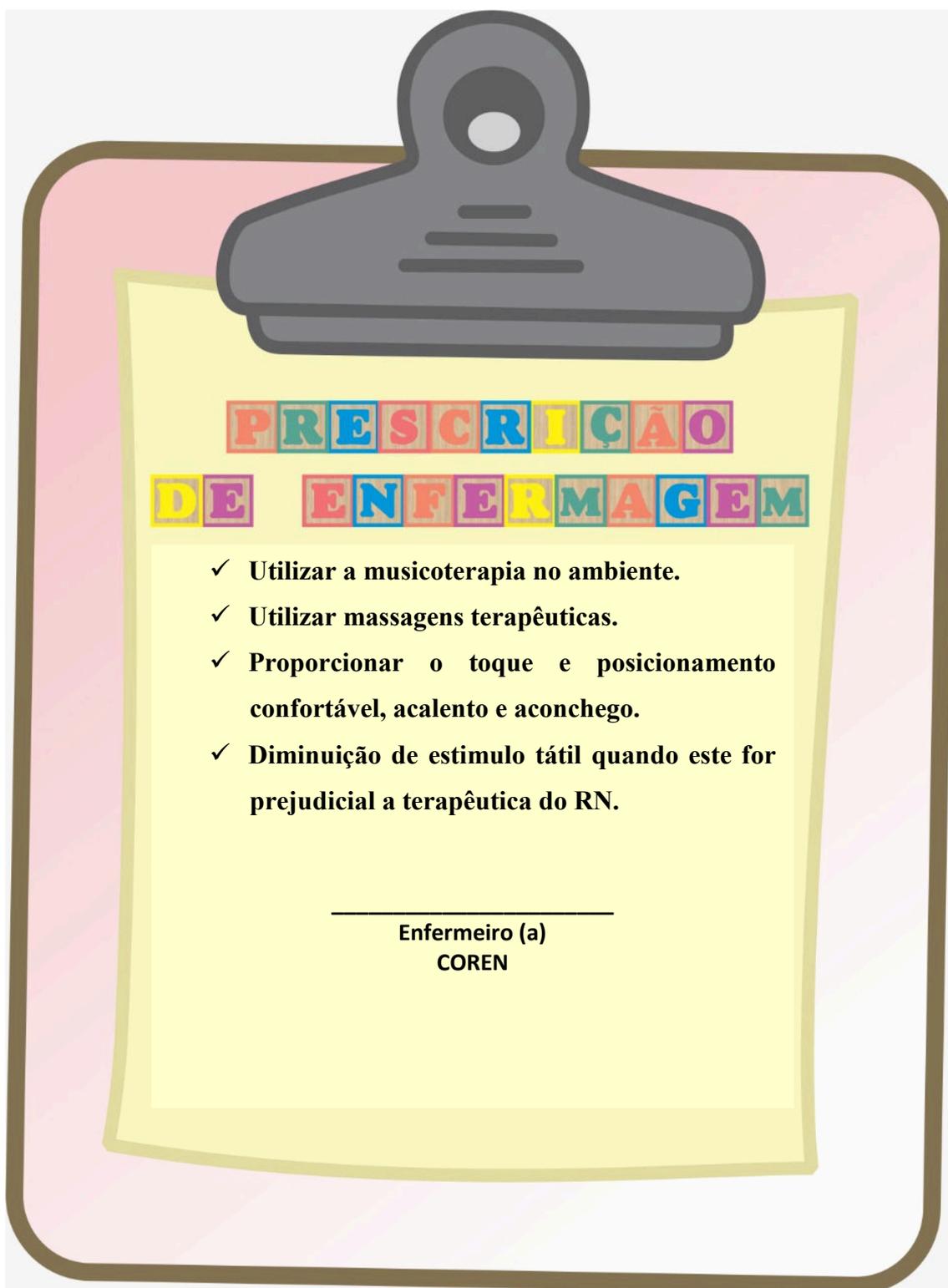




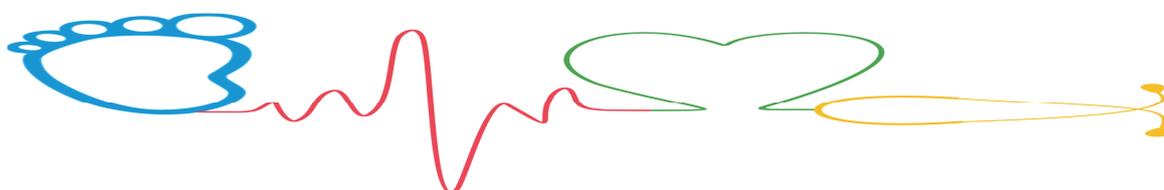
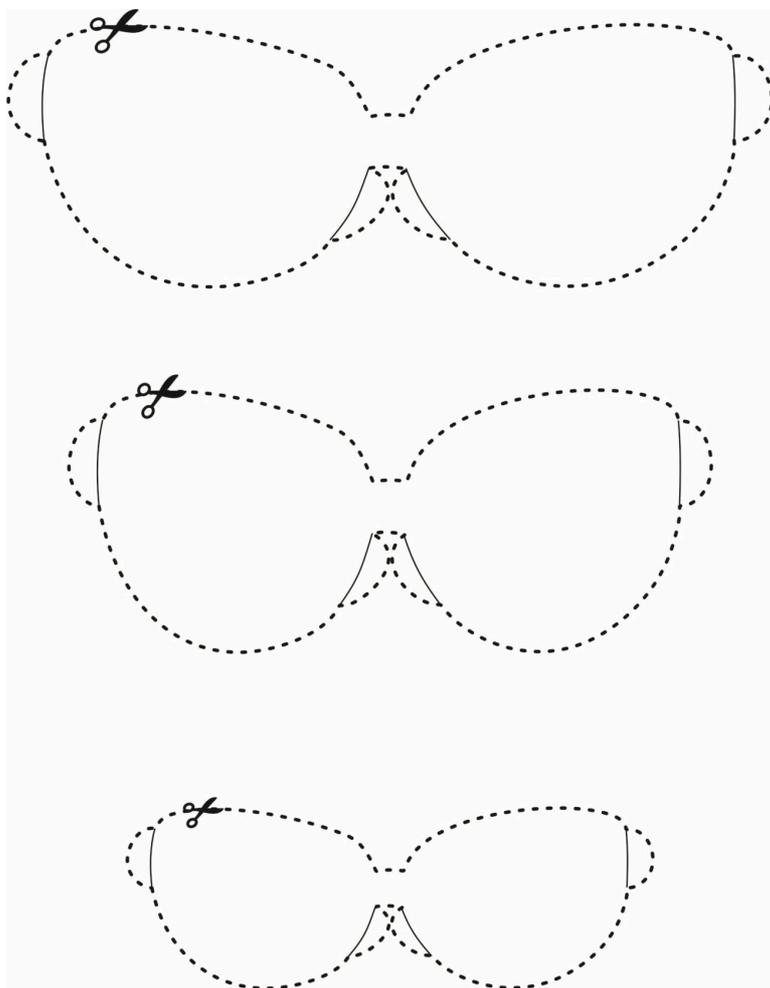
**PRESCRIÇÃO
DE ENFERMAGEM**

- ✓ Realizar avaliação diária da dor no RN com escala NIPS com registro em prontuário.
- ✓ Promover o contato pele-a-pele com a mãe – Método Canguru.
- ✓ Estimular o aleitamento materno, ou sucção não-nutritiva quando não houver possibilidade do seio materno.
- ✓ Utilizar a malha ortopédica em forma de casulo (contensão)
- ✓ Utilizar solução de glicose 25% antes do início de procedimentos dolorosos.





APÊNDICE D - Modelo de óculos para atividade da Oficina de Cuidados de enfermagem em Fototerapia



APÊNDICE E – Atividade avaliativa da Oficina de Atuação da Enfermagem em sala de parto e reanimação neonatal

Marque Verdadeiro (V) ou Falso (F) diante das afirmativas a seguir:

A anamnese materna com informações como número de consultas pré-natal, co-morbidades associadas, utilização de medicamentos contínuos são dispensáveis.

A disponibilidade e facilidade de acessos aos materiais e utilitários na sala de parto é de suma importância caso seja necessário estabilização e/ou reanimação do bebê em sala de parto.

Após 120 segundos a frequência cardíaca pode estar menor que 100 bpm com respiração levemente irregular, pois estes parâmetros são variáveis e melhoram conforme a passagem dos minutos.

Nos primeiros 30 segundos iniciais deve-se: prover calor radiante, realizar leve extensão da cabeça, aspirar VA e secar o recém-nascido.

É recomendado que se envolva bebês com peso menor ou igual a 1500 gramas em saco plástico para melhor manutenção da temperatura corporal.

Independente da vitalidade de nascimento, é necessário ofertar oxigênio inalatório a qualquer recém-nascido.

A VPP é realizada em movimento sincrônicos com a regra prática de “aperta/solta/solta/aperta” de modo a manter uma frequência de 40 a 60 movimentos por minuto.

A presença de mecônio não é considerado um risco para o parto.

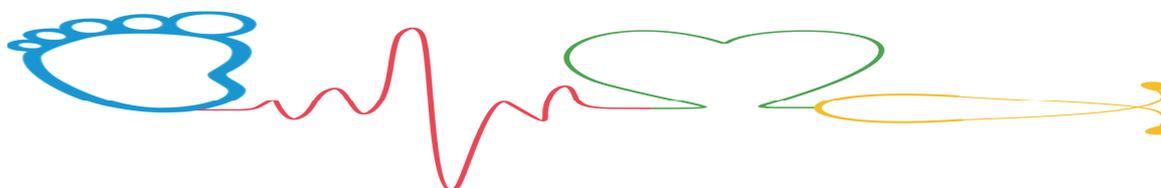
Quando for necessário reanimação neonatal, mantém-se um padrão de 75 movimentos por minuto na massagem cardíaca.

A atropina é a droga/medicação de primeira escolha durante a reanimação neonatal.

Uma gestação de 34 semanas sem nenhuma outra co-morbidade materna associada é considerada um parto de risco.

Ter uma equipe multiprofissional treinada em sala de parto e reanimação neonatal é de extrema importância para os nascimentos.

A entubação endotraqueal do bebê em sala de parto, somente é indicado após os



procedimentos iniciais padrões e a reavaliação, e deve ser realizado nos primeiros 60 segundos, conhecido como “the Golden minute”

Diante de uma PCR a massagem cardíaca e as ventilações devem ser mantidas numa relação de 3:1.

Em situações de urgência e emergência em sala de parto com recém-nascidos, o acesso venoso preferencial é o central.

O TOT pode ser utilizado para administração de algumas medicações em sala de parto.

Qualquer tipo de parto pode ocorrer a iminência de risco e surgimento de complicações.

Um bebê a termo tem de 37 – 41 semanas, já um bebê prematuro tem menos ou igual a 34 semanas de vida.

A necessidade de haver procedimentos de reanimação em sala de parto é inversamente proporcional a idade gestacional do bebê.

A avaliação do RN em sala de parto deve ocorrer de forma rápida e eficaz, mantendo o foco em 4 situações: se a gestação é a termo, se existe a presença de mecônio, se o bebê nasceu respirando e chorando e se tem bom tônus muscular.

Resposta:

F – V – F – V – V – F – V – F – F – F – V – V – V – V – F – V – V – F – V - V.

