



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MATERNIDADE ESCOLA**



Tiago Pereira Rodrigues

*A Enfermagem e a Linha de Cuidado da Medicina Fetal à Unidade de Terapia  
Intensiva Neonatal– Novos Horizontes.*

Rio de Janeiro

2016

Tiago Pereira Rodrigues

*A Enfermagem e a Linha de Cuidado da Medicina Fetal à Unidade de Terapia  
Intensiva Neonatal – Novos Horizontes.*

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na  
Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito  
parcial para aquisição do título de especialista em  
Perinatologia.

Orientador (a): Prof. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Co-orientador: Prof. Dr. Cristos Pritsivelis

Rio de Janeiro

2016

Rodrigues, Tiago Pereira

***A Enfermagem e a Linha de Cuidado da Medicina Fetal à  
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – Novos  
Horizontes.*** / Tiago Pereira Rodrigues. – Rio de Janeiro  
62 f: il. ;xx cm

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC da Residência  
Multiprofissional em Saúde Perinatal – Maternidade Escola  
– Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,  
2016.

- 1 Enfermagem. 2. Linha de Cuidado. 3 . Enfermagem  
Obstétrica. I. Tiago Pereira Rodrigues II. A Enfermagem e  
a Linha de Cuidado da Medicina Fetal à Unidade de  
Terapia Intensiva Neonatal – Novos Horizontes.



# MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
PERINATAL



## ***A ENFERMAGEM E A LINHA DE CUIDADO DA MEDICINA FETAL À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL – NOVOS HORIZONTES.***

Tiago Pereira Rodrigues

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Cristos Pritsivelis

Monografia apresentada ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Enfermagem na Saúde Perinatal.

Aprovada por:

---

***Enf<sup>ª</sup>. Doutor, Ana Paula Vieira dos Santos Esteves.***

---

***Médico Mestre, Jair Roberto da Silva Braga.***

---

***Médica Maura Rodrigues Castilho.***

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2016

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, por sua fidelidade em todos os momentos, dando-nos força para vencer cada obstáculo. Agradeço pela proteção e por mais essa vitória.*

*Aos meus orientadores, Doutora Ana Paula Vieira dos Santos Esteves e Doutor Cristos Pritsivelis, minha admiração e gratidão, pela paciência, disponibilidade e extrema competência.*

*Aos professores Helder Camilo e Daniele Querido que também desenvolveu árdua função de minha coordenação de área, que durante o projeto deixaram marcas dos seus conhecimentos, os quais serão eternamente lembrados.*

*Aos meus familiares, principalmente minha avó paterna, que me incentivou a prosseguir em mais uma jornada, e sempre acreditou e torceu por meu sucesso.*

*Aos meus amigos e parentes, que sentiram minha ausência quando o dever do estudo chamava, apoiando e incentivando em mais uma de nossas conquistas.*

## *A Enfermagem e a Linha de Cuidado da Medicina Fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – Novos Horizontes.*

Tiago Pereira Rodrigues<sup>1</sup>

Ana Paula Esteves<sup>2</sup>

Cristos Pritsivelis<sup>3</sup>

**Resumo:** Este projeto derivou de experiências vividas durante a residência multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola – UFRJ. O mesmo está norteado pelo **questionamento:** qual é o papel do enfermeiro na linha de cuidado dos pacientes (mãe-feto) da medicina fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? E, como **objetivo geral**, procura-se “Elaborar uma linha de Cuidado sob gestão clínica do Enfermeiro ligando o Ambulatório de Medicina Fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a manutenção da saúde perinatal”. **Metodologia:** como desenho de pesquisa, foi utilizada uma abordagem qualitativa, descritiva. Como embasamento teórico foi realizada pesquisa em bases de dados eletrônicas e bibliotecas virtuais, tais como: PubMed, Scielo e LILACS-BVS. Utilizando-se os descritores: *Enfermagem (nursing)*, *Linha de cuidado (Linecare)*, *Enfermagem obstétrica (ObstetricsNursing)*, *Enfermagem neonatal (Neonatal Nursing)*, *Perinatologia (Perinatology)*, *Assistência Pré-natal (Prenatalcare)*. Feitos em língua portuguesa e inglesa, considerando o período dos últimos 25 anos. Foram considerados trabalhos na íntegra, se apresentando como: teses, monografias, artigos e livros. Também foram utilizados alguns portais eletrônicos de Sociedades, Institutos e Instituições nacionais e internacionais. Como técnica para coleta de dados, será utilizada a pesquisa-ação. Os sujeitos desta pesquisa serão as mulheres grávidas (gestantes) em acompanhamento pelo ambulatório de pré-natal de alto risco concomitantemente com o ambulatório de medicina fetal. Os critérios de Inclusão são: estar com idade gestacional  $\geq 32$  semanas; ter diagnóstico fechado de complicações maternas e/ou anomalias feto-anexiais descompensados que possam levar este feto a necessitar de internação na Unidade de Terapia Intensiva neonatal ao nascimento. Como critérios de exclusão, temos: óbito fetal; abortos (retidos); complicações (anomalias) maternas e/ou feto-anexiais, com fetos saudáveis e entre outros, os quais mesmo sendo situações complexas e de alto risco, não apresentam evidências na literatura que mostram necessário expor as mesmas a tal ambiente (UTINeo), podendo ser acompanhadas com condutas expectantes. Será utilizada a técnica de análise temática.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Linha de Cuidado, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Neonatal, Perinatologia, Assistência Pré-natal.

1- Enfermeiro Residente Multiprofissional Perinatologia da Maternidade Escola - UFRJ.

2- Enfermeira, Doutora em Bioética, Diretora geral da divisão de enfermagem na ME-UFRJ e Coordenadora da Residência Multiprofissional em Perinatologia da Maternidade Escola – UFRJ.

3-Médico, Doutor Coordenador do serviço de Medicina Fetal na ME-UFRJ.

*Nursing and the Care Line Connecting Fetal Medicine and Neonatal  
Intensive Care Unit - New Horizons.*

**Abstract:** This project derived from experiences during the multidisciplinary residency in Perinatal Health at Maternidade Escola - UFRJ. The same was guided by the following **question:** What are the role of nurses in patient care line (mother-child) connecting fetal medicine and Neonatal Intensive Care Unit? And, as a **general goal,** it seeks to "draw up a line of care in clinical management of Nurse connecting Fetal Medicine Clinic and Neonatal Intensive Care Unit for the maintenance of perinatal health." **Methodology:** as research design, we use a qualitative, descriptive approach. As theoretical background, research was carried out in electronic databases, such as PubMed, Scielo and LILACS-BVS. Using the descriptors: *Enfermagem (nursing)*, *Linha de cuidado (Linecare)*, *Enfermagem obstétrica (Obstetrics Nursing)*, *Enfermagem neonatal (Neonatal Nursing)*, *Perinatologia (Perinatology)*, *Assistência Pré-natal (Prenatalcare)*. Made in Portuguese and English, considering the period of last 25 years. Were considered full works, performing as theses, monographs, articles and books. They were also used some societies portals, institutes and national and international institutions. As a technique for data collection, were used action research (pesquisa-ação). The subjects was pregnant women in monitoring the pre-natal high-risk clinic concurrently with the fetal medicine clinic. The inclusion criteria were: gestational age  $\geq 32$  weeks; having closed diagnosis of maternal complications and / or fetal-adnexal abnormalities uncompensated that could lead this fetus to need hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) at birth. Exclusion criteria were: fetal death; abortion (retained); complications (anomalies) maternal and / or fetal-adnexal with healthy fetuses and among others, that even though complex situations and high-risk, no evidence in the literature showing necessary to present the same to such an environment (NICU) and can be accompanied with expectant conduct. We used thematic analysis technique.

**Keywords:** Nursing Care Line, Obstetric, Neonatal Nursing, perinatology, prenatal assistance.

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

*Fluxograma 1 - Fluxo Assistencial para a Linha de Cuidado entre o Serviço de Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ..... pg. 52*



## LISTA DE TABELAS

***Tabela 1.*** Descritores únicos pesquisados na base de dados: PubMed ***pg.19***

***Tabela 2.*** Descritores únicos pesquisados na base de dados: Scielo***pg.19***

***Tabela 3.*** Descritores únicos pesquisados na base de dados: BVSp***pg.19***

***Tabela 4.*** Descritores Duplos Permutados - pesquisados na base de dados: BVSp***pg.20***

***Tabela 5.*** Descritores triplos permutados - pesquisados na base de dados: BVSp***pg.20***

Tabela de Gastos***pg.48***

Tabela de Cronograma

***pg.49***

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ANVISA** Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**CTI** Centro de Terapia Intensiva.

**ECA** Estatuto da Criança e do Adolescente.

**FEBRASGO** Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

**HCG** Gonadotrofinas Coriônicas Humanas.

**LILACS-BVS** Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde –  
Biblioteca Virtual de Saúde

**MS** Ministério da Saúde.

**ME/UFRJ** Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**PNH** Política Nacional de Humanização (PNH).

**PUBMED** (Acrônimo) PubMed Unique Identifier.

**RN** Recém-Nascido.

**RDC** Resolução da Diretoria Colegiada.

**SCIELO** Scientific Electronic Library Online

**SONAR** Sound Navigation and Ranging.

**SUS** Sistema Único de Saúde.

**UFRJ** Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**UTI** Unidade de Terapia Intensiva.

**UTINeo** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

**UTI-A** Unidade de Terapia Intensiva – Adulto.

**UTI-P** Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

**UTI-Pm** Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Objetivo Geral .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.Objetivos Específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>3. Métodos e técnicas .....</b>	<b>15</b>
<b>4. Referencial teórico .....</b>	<b>22</b>
<b>4.1.Ambulatório de Medicina Fetal .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2.Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo) .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2.1. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a Permanência das Pais .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2.2. O Trinômio .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3.A comunicação de más notícias em saúde .....</b>	<b>37</b>
<b>5. Tabela de Gastos .....</b>	<b>48</b>
<b>6. Cronograma .....</b>	<b>49</b>
<b>7. Resultados e Discussões .....</b>	<b>50</b>
<b>7.1.Descrição do Fluxo Assistencial Determinando a Linha de Cuidado entre a Medicina Fetal e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....</b>	<b>50</b>
<b>7.2.Avaliação do Fluxo Assistencial Proposto para a Linha de Cuidado entre a Medicina Fetal e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....</b>	<b>53</b>
<b>8. Conclusão .....</b>	<b>57</b>
<b>9. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>58</b>
<b>10. Apêndice 1.....</b>	<b>65</b>
<b>11. Apêndice 2.....</b>	<b>67</b>

## 1. Introdução

O cuidado é uma expressão “plural” que não apresenta apenas o significado de cuidar de si mesmo, mas o cuidado do outro sem intenção ou pretensão. Representa uma atitude de ocupação, preocupação e responsabilização de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999).

Em geral, o cuidado no contexto da saúde deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre o paciente e o profissional de saúde (Ayres, 2004).

A Política Nacional de Humanização (PNH) coloca em evidência a dimensão do cuidado a partir da compreensão do acolhimento como um ato de aceitação, credibilidade e aproximação, ou seja, uma forma de fazer com que o outro se sinta pertencido. Mais que uma atitude de solidariedade, é uma atitude de inclusão.

A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes.

A proporcionalidade da linha de cuidado segue as diretrizes do SUS e as políticas lançadas pelo Ministério da Saúde. Desta forma, a justificativa para este trabalho se embasa em inúmeras evidências literárias da importância da referida linha para se alcançar a saúde perinatal de forma integral e integrada.

Este projeto derivou de experiências vividas durante a residência multiprofissional em perinatologia da Maternidade Escola - UFRJ, onde observou-se a necessidade de determinação dos papéis da enfermagem no estabelecimento e manutenção da linha de cuidado no ambulatório de medicina fetal em elo com a unidade de terapia intensiva neonatal. Neste sentido, pode-se apresentar, como objeto de pesquisa, o projeto intitulado “A Enfermagem e a Linha de Cuidado da Medicina Fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. O mesmo está norteado pelo seguinte questionamento “Qual é o papel do enfermeiro na linha de cuidado dos pacientes (mãe-feto) da medicina fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? ”

A expectativa deste trabalho além de deixar para a instituição envolvida na pesquisa, a linha de cuidado estabelecida com protocolos de assistência de enfermagem, proporcionando melhora na qualidade de atendimento integral das clientes inseridas no atendimento ambulatorial de medicina fetal, até a solução e prosseguimento da assistência em unidade de terapia intensiva de seu bebê após o nascimento (se necessário), legando uma forma simplificada de entendimento das práticas realizadas entre o ambulatório de medicina fetal e a unidade de terapia intensiva.

## **2. Objetivo geral:**

Elaborar umalinha de cuidadosob gestão clínica do Enfermeiro ligando o Ambulatório de Medicina Fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a manutenção da saúde perinatal.

### **2.1.Objetivo (s) específico (s):**

Descrevera linha de cuidado sob gestão clínica do Enfermeiro ligando o Ambulatório de Medicina Fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a manutenção da saúde perinatal;

Desenvolver umalinha de cuidado sob gestão clínica do Enfermeiro ligando o Ambulatório de Medicina Fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a manutenção da saúde perinatal;

Avaliarse a linha de cuidado desenvolvida representa uma melhora na qualidade de assistência à saúde às gestantes;

### 3. Métodos e Técnicas:

Como desenho de pesquisa foi utilizada uma abordagem qualitativa, descritiva. Tal abordagem justifica-se pela necessidade de apresentar um delineamento da realidade, uma vez que, este descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual ou o processo dos fenômenos.

Para Minayo (1999, p.21-22), a abordagem qualitativa responde a questões particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Esteves apud Polit & Hungler (2004, p. 366) reforçam ainda que a abordagem qualitativa baseia-se nas premissas segundo as quais os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.

Como embasamento teórico foi feita pesquisa em bases de dados eletrônicas, bem como bibliotecas virtuais, como: PubMed, Scielo e LILACS-BVS. Utilizando-se os descritores: *Enfermagem (nursing)*, *Linha de cuidado (Linecare)*, *Enfermagem obstétrica (Obstetrics Nursing)*, *Enfermagem neonatal (Neonatal Nursing)*, *Perinatologia (Perinatology)*, *Assistência Pré-natal (Prenatalcare)*. Elaborados em língua portuguesa e inglesa, considerando o período dos últimos 25 anos. Foram considerados trabalhos na íntegra, se apresentando como: teses, monografias, artigos e livros. Também foram utilizados alguns portais eletrônicos de Sociedades, Institutos e Instituições nacionais e internacionais (tabela 1-6).

Como técnica para coleta de dados utilizou-se a pesquisa-ação, que Leopardi (2001, p. 272 – 273) define como: uma forma de pesquisa em que o meio de chegar a soluções para um problema é a própria ação deliberativa, a qual visa uma mudança no mundo real, parte de um projeto global e submetida a uma disciplina para a obtenção dos efeitos desejados [...]. A pesquisa-ação é desenvolvida para realizar objetivos práticos de mudança em uma realidade, em organizações, tais como escolas, hospitais, nas quais as relações podem ser problemáticas, assim como em meio aberto, em comunidades, meio rural e assim por diante.

A pesquisa-ação caracteriza-se como uma estratégia metodológica de pesquisa social, com base empírica, cujo planejamento é marcado por grande flexibilidade e

novos relacionamentos entre pesquisadores e pesquisados e de ambos com o saber, de forma que haja mobilização, especialmente, destes últimos em tornos dos objetivos a serem alcançados (THIOLLENT, 1987, p. 82-103).

No que se refere ao planejamento de uma pesquisa-ação deve-se considerar sua flexibilidade, visto que nela não se segue uma série de fases ordenadas de forma rígida. Entretanto, Thiollent (2000) aponta para uma ordem sequencial que se inicia com a fase exploratória e finaliza-se com a divulgação dos resultados. O autor ressalta que entre essas duas fases, alguns momentos devem ser considerados, muito embora, ajustes possam ser necessários em função das circunstâncias e da dinâmica que envolve os/as pesquisadores/as na relação com a situação.

Os sujeitos desta pesquisa foram mulheres grávidas em acompanhamento pelo ambulatório de pré-natal de alto risco concomitantemente com o ambulatório de medicina fetal. Os critérios de Inclusão foram: estar com idade gestacional  $\geq 32$  semanas; ter diagnóstico fechado de complicações maternos e/ou anomalias feto-anexiais descompensados que possam levar ao este feto necessitar de internação na Unidade de Terapia Intensiva neonatal ao nascimento.

Como critérios de exclusão, tivemos: óbito fetal; abortos (retidos); complicações (anomalias) maternos e/ou feto-anexiais, com fetos saudáveis e entre outros, os quais mesmo sendo situações complexas e de alto risco, não apresentam evidências na literatura que mostram necessário expor as mesmas a tal ambiente (Unidade de Terapia Intensiva - UTINeo), podendo ser acompanhadas com condutas expectantes.

É importante citar que a instituição Maternidade Escola – UFRJ é uma unidade de ensino com característica de atendimento terciário (ou seja, de alto risco) para o feto. Recebendo desta forma em seu setor ambulatorial de medicina fetal um número elevado de gestantes com fatores de riscos maternos-fetais, gestantes essas que necessitam de um suporte assistencial adequado para que possam prepará-la a esta nova fase de vida, permitindo-a desempenhar confiantemente seu papel de mãe, mesmo estando este recém-nascido em um ambiente altamente tecnológico como a unidade de terapia intensiva.

As fases da pesquisa-ação foram adaptadas objetivando-se alcançar 6 (seis) momentos, que se seguem:

O **Primeiro momento do projeto** teve como objetivos conhecer às gestantes e seus companheiros (ou familiares), seu histórico gestacional e sua clínica obstétrica,



estando as mesmas enquadradas nos critérios de inclusão, apresentando o trabalho que se pretendeu realizar e os profissionais que, em conjunto, o realizaram.

No **segundo momento do projeto** foi realizada uma preparação da gestante sobre o momento ao qual está passando e sobre sua condição clínica e/ou de seu feto (bebê). Este momento foi marcado pela aplicação de doses terapêuticas de informações de acordo com a demanda de dúvidas destas gestantes e de seus companheiros (e/ou familiares).

Com o **Terceiro momento do projeto**, utilizado com o objetivo de ambientar esta gestante a seu local de assistência, foram apresentados os setores aos quais as mesmas percorreram dentro da maternidade, desde a Admissão/Emergência, passando pelo laboratório de análises clínicas, centro obstétrico, alojamento conjunto e banco de leite.

Na altura do **quarto momento do projeto**, a gestante foi inserida no contexto clínico obstétrico e da medicina fetal, bem como da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo). Apresentando-as a atual situação de seu feto (bebê), com as possíveis necessidades de o mesmo necessitar de cuidados intensivos após o nascimento, momento este feito em conjunto com uma equipe multidisciplinar formada por: Obstetras, Pediatras (Neonatologistas), Enfermeiros, Psicólogas. Na fase do **Quinto momento do projeto** foi promovida a ambientação das gestantes com a UTINeo, dando ênfase na familiarização com as equipes atuantes neste local (setor), equipes essas médicas, de enfermagem, de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais etc. Da mesma forma serão apresentadas, gradualmente, as tecnologias leves e duras utilizadas neste ambiente.

No **sexto momento do projeto** foi aplicado um questionário semiestruturado abordando o trabalho realizado.

Neste cenário aplicou-se uma aprendizagem “penetrante”, mediada pelo diálogo. Como cita Esteves (2006), “aprendemos a olhar com ‘outros’ olhos e a ouvir solidariamente. Gestos, inflexões, olhares e posturas nos convidavam a ‘cruzar fronteiras’ em direção ao encontro autêntico, ao estreitamento de laços, a vivenciar afetividade – caminho primeiro da confiança”.

O método de análise dos dados foi realizado a partir da análise de conteúdo de Bardin que é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção das mensagens (BARDIN: 1977, p. 42).

Foi utilizada a técnica de análise temática que, segundo Minayo (1999, p. 209), consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Para Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo na sua modalidade “temática” pode ser organizada em três etapas: a pré-análise, a exploração ou análise do material, e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Atendendo aos aspectos éticos e legais relacionados com a sua realização, foi estabelecido o esclarecimento do trabalho às gestantes e aos seus companheiros (e/ou familiares). Tudo isso à luz das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000) e deliberado aos envolvidos um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1), com prévia explicação da necessidade de os mesmos levarem tal documento para casa a fim de realizarem uma leitura adequada e, dessa forma, tomarem a decisão de participação ou não na pesquisa.

Os benefícios trazidos pelo projeto foram de proporcionar a estruturação de uma linha de cuidado sob a gestão clínica do enfermeiro na qual abrange todo itinerário terapêutico da gestante até a alta de seu filho da Unidade de Terapia Intensiva.

Evidentemente todos projetos de pesquisa com seres humanos, através de questionários ou entrevistas, não oferecem riscos à integridade física das pessoas, mas no mínimo podem provocar um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor dos questionamentos. Desta forma, todas as gestantes expostas ao projeto de pesquisa em questão foram previamente agendadas e acompanhadas pela equipe de psicologia da Maternidade Escola - UFRJ.

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro para análise e aprovação dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico. Tendo como número de aprovação, o que se segue: **CAAE - 42938415.0.0000.5275**.

<i>Tabela 1. Descritores únicos pesquisados na base de dados: PubMed</i>	
<b>DESCRITORES</b>	<b>NÚMERO DE TRABALHOS</b>
Nursing	1.732
Linecare	417
ObstetricsNursing	26
Neonatal Nursing	54
Prenatalcare	365
Perinatology	48
Fetal medicine	843

<i>Tabela 2. Descritores únicos pesquisados na base de dados: Scielo</i>	
<b>DESCRITORES</b>	<b>NÚMERO DE TRABALHOS</b>
Nursing	4.381
Linecare	9
ObstetricsNursing	39
Neonatal Nursing	86
Prenatalcare	56
Perinatology	34
Fetal medicine	1

<i>Tabela 3. Descritores únicos pesquisados na base de dados: BVS</i>	
<b>DESCRITORES</b>	<b>NÚMERO DE TRABALHOS</b>
Enfermagem	2.414
Linha de Cuidado	22
Enfermagem Obstétrica	75
Enfermagem Neonatal	121

Assistência Pré-natal	208
Perinatologia	5
Medicina Fetal	21

***Tabela 4. Descritores Duplos Permutados - pesquisados na base de dados: BVS***

<b>DESCRITORES</b>	<b>NÚMERO DE TRABALHOS</b>
Enfermagem AND Linha de Cuidado	44
Enfermagem Obstétrica AND Linha de Cuidado	3
Enfermagem Obstétrica AND Enfermagem Neonatal	120
Enfermagem Neonatal AND Medicina Fetal	29
Enfermagem Obstétrica AND Assistência Pré-natal	262
Perinatologia AND Enfermagem Obstétrica	20
Enfermagem Obstétrica AND Medicina Fetal	26
Enfermagem Neonatal AND Linha de Cuidado	5
Medicina Fetal AND Linha de Cuidado	-

***Tabela 5. Descritores triplos permutados - pesquisados na base de dados: BVS***

<b>DESCRITORES</b>	<b>NÚMERO DE TRABALHOS</b>
Enfermagem AND Linha de Cuidado AND Perinatologia	-

Enfermagem Obstétrica AND Linha de Cuidado AND Enfermagem Neonatal	-
Enfermagem Obstétrica AND Enfermagem Neonatal AND Perinatologia	2
Enfermagem Neonatal AND Medicina Fetal AND Enfermagem Obstétrica	8
Enfermagem Obstétrica AND Assistência Pré-natal AND Medicina Fetal	5
Perinatologia AND Enfermagem Obstétrica AND Medicina Fetal	-
Enfermagem Obstétrica AND Medicina Fetal AND Linha de Cuidado	-
Enfermagem Neonatal AND Linha de Cuidado AND Medicina Fetal	-

#### **4. Referencial Teórico:**

##### ***4.1. Ambulatório de Medicina Fetal.***

A Medicina Fetal é uma especialização obstétrica, reconhecida no Brasil pela FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), contudo, envolve profissionais de diferentes áreas, como os profissionais de Radiologia, pois inclui diagnósticos por imagem. Apresenta como objetivo o acompanhamento detalhado do binômio materno-fetal, em busca do diagnóstico e tratamento de anomalias que possam ocorrer no período gestacional (ARAÚJO, 2014; RODRIGUES, 2010; REZENDE, 2011).

Seu histórico remete aos anos 70, quando a prática do rastreamento de síndromes ganhou força mundial, a partir do desenvolvimento dos equipamentos de ultrassonografia, modernização das técnicas e novas fronteiras científicas, fez com que a área da Medicina Fetal crescesse. O ultrassom, método não invasivo, tornou-se uma ferramenta imprescindível para o acompanhamento gestacional (ARAÚJO, 2014; RODRIGUES, 2010).

A ultrassonografia foi utilizada pela primeira vez em medicina, em 1942, pelo neurologista Karl Dussik (WERNER, 2009; RODRIGUES, 2010). Os termos ultrassonografia, ultrassom, sonar, ecografia e ecoscopia são sinônimos no contexto da medicina contemporânea. O termo *sonar* deriva de *soundnavigationand ranging*, com aplicabilidade naval, utilizado na Primeira Guerra Mundial (1914-1918) com o objetivo de localizar submarinos (MONTENEGRO et al, 1976; RODRIGUES, 2010).

Mas foi apenas na Segunda Guerra (1939-1945) onde as pesquisas para aplicações médicas do ultrassom aumentaram. O cientista Ian Donald, da *Glasgow University*, em conjunto com o engenheiro Thomas G. Brown e o acadêmico de medicina John MacVicar, publicaram, em 1958, na revista *The Lancet*, o primeiro artigo demonstrando o potencial da ultrassonografia como método diagnóstico. O trabalho mostrava fotografias de ultrassonografias bidimensionais de massas abdominais: tumores pélvicos, ascite, úteros grávidos (MONTENEGRO et al, 1976; RODRIGUES, 2010).

A existência da medicina fetal como especialidade relaciona-se, intimamente, à ultrassonografia, ao desenvolvimento de técnicas de obtenção de material biológico materno-fetal e à genética. A amniocentese como técnica para o diagnóstico pré-natal de

anomalias genéticas se difundiu a partir da década de 1960. Também nesse período foram introduzidas técnicas de biópsia fetal transvaginal. O desenvolvimento da citogenética foi um fator importante no que tange ao estímulo da amniocentese no segundo trimestre da gestação (PINTO JÚNIO, 2002; REZENDE, 2011). No ano de 1950, a cromatina X foi identificada pela primeira vez a partir de amniócitos. Steele e Breg, professores do *Department of Pediatrics and Human Genetics da University of Pittsburgh Health Center*, no ano de 1966, relataram a obtenção de cariótipo após a amniocentese. Este estudo embasou o primeiro diagnóstico de um caso de Síndrome de Down em 1968, a partir de células do líquido amniótico (HOLZGREVE et al, 2005; MONTENEGRO et al, 1976; RODRIGUES, 2010).

Hahnemann e Mohr, em 1968, em estudo pela *Copenhagen University*, através do uso de endoscópio adaptado, foram os pioneiros na utilização da biópsia de vilosidades coriônicas, para fins diagnósticos, não obtendo resultados satisfatórios devido problemas com cultura celular. Em 1975, um grupo do *Hospital Tietung*, na China, relatou o primeiro estudo de determinação de sexo por meio de biópsias de vilosidades coriônicas. Porém, somente em 1983, Simoni e colaboradores, da *Università di Milano*, descreveram bons resultados das biópsias de vilosidades coriônicas no diagnóstico pré-natal das anomalias genéticas (HOLZGREVE et al, 2005; MONTENEGRO et al, 1976; RODRIGUES, 2010).

John B. Scrimgerour, do Departamento de Obstetrícia do *Eastern General Hospital*, em Edimburgo, em 1970, pela primeira vez descreve o termo fetoscopia. Em sua origem foi um método endoscópico para a observação do feto e placenta, no segundo trimestre da gestação, com vista à obtenção de amostras de pele e sangue, além de tecido hepático do feto, para fins de diagnóstico pré-natal (HOLZGREVE et al, 2005; MONTENEGRO et al, 1976; RODRIGUES, 2010).

A primeira tentativa de visualização endoscópica intrauterina foi relatada por Westin, que utilizou um histeroscópio de 10 mm por via transvaginal. Hobbins e Mahoney, em 1974, introduziram a “escopia por agulha”, com uma lente em haste autofocalizada, tendo sido esta a primeira técnica percutânea aplicada clinicamente. Apesar da expectativa inicial com as possibilidades da fetoscopia, o desenvolvimento e o uso do diagnóstico ultrassonográfico e dos procedimentos invasivos guiados pela ultrassonografia desbancaram a fetoscopia como ferramenta diagnóstica e terapêutica,

no final dos anos de 1970 e meados de 1980 (HOLZGREVE et al, 2005; RODRIGUES, 2010).

No mesmo momento e período nos quais avançavam os estudos de técnicas diagnósticas, registrou-se enormes esforços no sentido do desenvolvimento de técnicas terapêuticas fetais. Em 1963, na *University of Auckland*, na Nova Zelândia, o professor Liley, realizou com enorme sucesso as primeiras transfusões sanguíneas intraperitoneais em fetos gravemente acometidos intraútero, utilizando células sanguíneas de adultos. Na mesma época, várias tentativas de transfusão intravascular foram feitas, mas exigiam a realização da histerotomia, o que implicava riscos fetais e maternos extremamente elevados. O obstetra Fernand Daffos et al, em 1983, realizaram a primeira cordocentese guiada pela ultrassonografia, retirando amostra de sangue fetal, o que possibilitou, mais tarde, a realização de hemotransfusões fetais intrauterinas, para o tratamento da doença hemolítica perinatal (HOLZGREVE et al, 2005; RODRIGUES, 2010).

A era do rastreamento pré-natal teve grande impulso em um trabalho publicado por Brock e Sutcliff, em 1972, no qual relataram a possibilidade de utilização da alfa-fetoproteína como marcador para anomalias do tubo neural. Em 1987, descobriu-se que dosagens baixas de alfa-fetoproteína no soro materno, gonadotrofinas coriônicas humanas (HCG) elevadas e presença de estriol no segundo trimestre da gravidez sugeriam o diagnóstico da Síndrome de Down, em 65% dos casos. Esse método, denominado triteste, também é útil para o diagnóstico da trissomia do cromossomo 18, da trissomia do 13 e da monossomia do cromossomo X (45,X) (BROCK et. al, 1972).

Em 1990, Szabo e Gellen descreveram a presença de líquido subcutâneo na região nucal do feto com Síndrome de Down, no primeiro trimestre da gravidez. Em 1992, no Reino Unido, Kypros Nicolaides propôs sua utilização como método de *screening* no primeiro trimestre, denominando-o translucêncianucal. A visualização da translucêncianucal é obtida através da ultrassonografia entre a décima-primeira e a décima-terceira semana de gestação. Alguns autores a consideram o melhor marcador ecográfico de anomalias cromossômicas, na gravidez (GALLO et al, 2009; SZABO and GELLEN, 1990).

Em 1995, propôs-se a medida ultrassonográfica do osso nasal, com objetivo de diagnóstico da trissomia do 21 e outras aneuploidias. O uso da técnica do *doppler* também permite avaliar o aumento do índice de pulsabilidade no fluxo do ducto



venoso e aregurgitação tricúspide, sendo utilizado como marcadores de anomalias cromossômicas (MAUAD FILHO et al,2009; MONTENEGRO et al, 1976; RODRIGUES, 2010).

Na contemporaneidade são inúmeras as patologias que podem ser prevenidas e tratadas ainda durante a gestação. As mais comuns observadas são: hérnia diafragmática, anemia fetal, obstrução urinária, Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STTF) e vários tipos de cardiopatias (ARAUJO, 2014; RODRIGUES, 2010).

Os exames diagnósticos que podem ser utilizados para verificar anomalias no feto durante o período gestacional são inúmeros nos dias atuais e marcados por alta carga tecnológica: Ultrassonografia 3D / 4D, Ultrassonografia Morfológica Do Primeiro Trimestre, Ultrassonografia Morfológica do Segundo Trimestre, Ultrassonografia Transvaginal, Amniocentese, Cordocentese, Amostra Do ViloCorial, Cardiotocografia, Dopplerfluxometria, Ecocardiografia Fetal, Perfil Biofísico Fetal, Rastreo De Fatores De Risco Para Trabalho De Parto Prematuro (ARAUJO, 2014; RODRIGUES, 2010).

Os tratamentos possíveis são os seguintes: Terapêutica fetal medicamentosa, Transfusão intraútero e amnioinfusão. Em se tratando de cirurgia fetal pode ser dividida nas seguintes especialidades: Amnioredução, Derivações intrauterinas, Derivação ventrículo-amniótica, Derivação tóraco-amniótica e Cirurgia fetal endoscópica (ARAUJO, 2014; RODRIGUES, 2010).

#### ***4.2.Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo).***

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi criada para atender a uma necessidade emergencial (RIBEIRO, 2010 apud SPÍNDOLA,1999, p.15). Passaram a existir a partir das necessidades de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos como recuperáveis, e da necessidade de observação constante e de assistência médica e de enfermagem contínua (RIBEIRO, 2010 apud VILA; ROSSI, 2002).

As UTIs tiveram origem na década de 60, durante a Guerra do Vietnã (1955-1975), quando os soldados feridos necessitavam de um local específico para que pudessem ter acesso a um atendimento, rápido e eficiente, por uma equipe de médicos e enfermeiros. Foram acrescentadas inovações terapêuticas que contribuíram para o

crescimento da terapia intensiva, como a terapia intravenosa para o choque, a transfusão sanguínea, a anestesia, além da remoção de pacientes para meios que estavam melhores equipados (RIBEIRO, 2010).

Segundo Ribeiro,

No Brasil, as UTIs foram implantadas na década de 1970, contribuindo para que a enfermagem em um curto período de tempo adquirisse bases teóricas para sua prática neste novo campo de atuação (GOMES, 1988). Também foi nessa década que surgiram os primeiros cursos de especialização de enfermagem em terapia intensiva, e expandiram por todo o país (RIBEIRO, 2010, p. 98).

Um grande impacto na baixa mortalidade dos pacientes admitidos nas UTIs, foi constituído pela introdução da ventilação mecânica e monitorização do paciente, que realizadas por uma equipe habilitada, tiveram maior potencial para melhorar as expectativas dos pacientes. Neste ponto, as UTIs desenvolveram-se como serviços especializados (BARBOSA, 1999; RIBEIRO, 2010).

Os pacientes que necessitam de hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), são aqueles que carecem de cuidados complexos e dinâmicos, equipamentos tecnológicos e profissionais especializados para diagnosticar e tratar de algum desequilíbrio orgânico. É definida pelo Ministério da Saúde como:

Um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados (BRASIL, 1998, p.2).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na RDC número 7 de 24 de fevereiro de 2010, reforça que:

(...) Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), é constituída de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que exijam assistência médica ininterrupta, com apoio de equipe de saúde multiprofissional, e demais recursos humanos especializados, além de equipamentos.

Os serviços de tratamento intensivo dividem-se de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos, nas seguintes modalidades (BRASIL, 2010; RIBEIRO, 2010):

a) Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia;

b) Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição;

c) Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras;

d) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre zero e 28 dias;

e) Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição;

f) Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTI-Pm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém, havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

O agrupamento de Unidades de Terapia Intensiva formam um CTI ou Centro de Terapia Intensiva. Os CTIs seguem as evoluções científicas e tecnológicas, sendo desta forma altamente especializados no que diz respeito aos recursos materiais e humanos, compostos por equipe multidisciplinar cuja função principal é restabelecer a saúde do cliente em estado crítico (RIBEIRO, 2010).

A necessidade de oferecer um atendimento especial faz com que o CTI reúna, em seu núcleo, uma equipe altamente qualificada e com características peculiares. Trata-se de um ambiente cujo acesso é restrito e com recursos tecnológicos (científico e humano) de ponta capazes de proporcionar maiores condições de sobrevivência a clientes em risco de morte (FIGUEIREDO, 2006, p.3).

De acordo com Ribeiro (2010) apud Figueiredo (2006),

O potencial humano é o fator mais importante para o bom desempenho da equipe na UTI. O profissional que trabalha nesse setor deve ser capaz de se destacar, também, nos seguintes aspectos: competência, habilidade e destreza na execução das tarefas, além de disponibilidade para ficar confinado no ambiente hospitalar, disposição para cuidar de clientes críticos, preparo para lidar com o ruído dos aparelhos, preparo para a luta diária com a vida e a morte, busca de conhecimento técnico-científico e permanente atualização, inclusive no manejo do instrumental tecnológico, fator essencial nestas unidades.

Para a equipe de profissionais da área da saúde, assim como para os clientes e seus familiares, o CTI é se não o mais, um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Dentre os fatores que o colocam essa carga, podemos citar: o despreparo para lidar com as situações de morte, as situações iminentes de emergência, as constantes mudanças do arsenal tecnológico e o sofrimento dos familiares (RIBEIRO, 2010; CORONETTI et al., 2006, p.37).

#### ***4.2.1. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a permanência dos pais.***

A UTINeo objetiva atender o recém-nascido de risco, sendo organizadas de forma a diminuir os índices de morbimortalidade neonatal, garantindo um atendimento especializado. Nesta unidade são internados os pacientes dos seguintes casos: prematuros, prematuros extremos, neonatos com patologias diversas ou que sofreram algum tipo de intercorrência durante o processo do trabalho de parto ou no momento do nascimento. Alguns destes fatores de risco enfrentados pelo recém-nascido, originaram do avanço obstétrico e da medicina fetal, permitindo a viabilidade de recém-nascidos cada vez mais prematuros e com as mais diversas patologias (LEONE e TRONCHIN, 1996; OLIVEIRA, 2008).

Essa divisão em setores proporciona a racionalização do trabalho, determina o tipo de complexidade da assistência, equaciona e possibilita o treinamento e desenvolvimento dos recursos humanos de todas as áreas, por meio da concentração de equipamentos e materiais que tendem a diminuir o risco teórico e prático de infecção e permite que os pais vivenciem experiências semelhantes de acordo com o quadro apresentado pelo bebê.

Oliveira (2008) em sua obra completa,

Nos setores de médio e alto risco, recebem-se os neonatos que têm possibilidade ou a presença de alguma patologia que possa ocasionar risco de vida ou sequelas e que venham interferir no seu desenvolvimento ou na sua sobrevivência [...]. O cuidado com o recém-nascido de alto risco tem como objetivo a sua recuperação e a promoção do seu crescimento e desenvolvimento [...].

Para Waldow (1998, p. 51):

O cuidado nasce, de um interesse, de uma responsabilidade, de uma preocupação, de um afeto, o qual em geral, implicitamente inclui o maternal e o educar”, tomados como uma relação de cuidado com o neonato e

entendido como a condição necessária à enfermeira para preparar a família para o cuidado, imprescindível à recuperação da saúde do recém-nascido, no sentido de ajudá-lo a crescer.

O cuidado altamente especializado do qual depende a sobrevivência do recém-nascido é também um grande desafio à criança e seus pais. O vínculo, no que diz respeito ao trinômio mãe-filho-pai, também é desafiado durante o processo de hospitalização do bebê. Já o vínculo mãe-filho começa a se desenvolver desde o pré-natal sendo firmado com o nascimento. O apego com relação ao recém-nascido se desenvolve em um processo contínuo de aprendizagem, no qual os pais podem experimentar também situações nas quais tenham que lidar com os sentimentos de frustração e fracasso (OLIVEIRA, 2008).

O nascimento representa para uma família uma vivência de intensas transformações em relação aos novos papéis de mãe, pai, irmão e filho. Para as mães, muitas vezes, o recém-nascido é um ser misterioso cujas necessidades são desconhecidas. Sendo necessário que a mulher neste momento estando como mãe, construa o seu papel de cuidadora, garantindo o contato dela com seu filho, favorecendo a formação do apego e introduzindo a criança no contexto familiar e social através do contato com o pai e irmãos (KIMURA, 1996; OLIVEIRA, 2008).

Considerando esses aspectos, faz-se preciso descrever um pouco mais sobre a importância da “má notícia” e sua interpretação no contexto materno, porém segundo Brazelton (1988), o luto depois de um nascimento de um recém-nascido (RN) com complicações ou prematuro é inevitável. Os pais passam a lamentar a perda do filho perfeito que esperavam, se culpando, consciente ou inconscientemente, pela condição do bebê gerado. A superação desses sentimentos é adquirida com o tempo e, segundo Oliveira (2008), é possível observar ao menos 05 estágios vividos pelos pais até que possam ver o bebê como seu e desenvolvam confiança para se relacionar com o mesmo. Sendo estes:

- 1º - Os pais relacionam-se com os RN através das informações fornecidas pela equipe médica;
- 2º - Os pais observam e se encorajam com o comportamento reflexo e automático que vêm quando uma enfermeira ou médico manipulam o RN. Qualquer movimento é importante para os pais;

3º - Os movimentos mais responsivos do bebê são observados pelos pais, porém esses ainda possuem receio de estimulá-los.

4º - O relacionamento e formação do vínculo se inicia quando os pais ousam tentar produzir movimentos de resposta espontânea, quando tocam ou falam com o recém-nascido, passando a se verem como responsáveis por suas respostas.

5º - O último estágio é quando os pais realmente conseguem pegar, segurar, acalentar e até alimentar, adquirindo um vínculo com seu filho.

A assistência aos pais e à família nos cuidados hospitalares de neonatos têm crescido cada vez mais e virado prioridade nos serviços de neonatologia. A internação por longo período do recém-nascido e a privação do ambiente aumentam o estresse da mãe e da família, prejudicando o estabelecimento do vínculo e do apego (SCOCHI et. al., 2003).

Em seu trabalho Oliveira (2008) faz um apud a uma consideração muito importante feita por Leone e Tronchin (1996, p. 131), na qual diz:

Trabalhar com crianças implica em trabalhar com seus pais, especialmente com sentimentos e atitudes, procurando entender o funcionamento emocional, abolindo a postura de crítica, hostilidade e juízo de valores, percebendo e auxiliando na resolução da ansiedade, medo, fantasias e rejeição dos pais em relação ao filho.

O que se depreende daí é a verdade segundo a qual os RNsinternados em UTIN necessitam de um constante acompanhamento dos pais, contribuindo para a diminuição do estresse, estabilizaçãoda frequência cardíaca e da pressão arterial, bem comodas contrações musculares e facilitando sua adaptação ao respirador artificial (LIRA, 2004).

No contato com o RN internado na UTINeo, o incentivo ao toque e ao ato de conversar com seu filho, como chama-lo pelo nome, é de grande importância para os pais. A mobilização do sentido do tato é o primeiro gesto da comunicação dos pais com o bebê, e estes precisam estar preparados para as reações do seu filho. Contudo, é indispensávelque o enfermeiro oriente os mesmossobre a permissão de tocar o bebê, guiando-se nesse particular, não só quanto aos recursos terapêuticos, como também a propósito dos cuidados higiênicos e de prevenção de infecções.

O Ministério da Saúde aborda o toque de forma elucidativa, orientando sua realização sem na verdade tocar, através da imposição das mãos no recém-nascido de forma parada, sem utilizar pressão excessiva, posicionando-se sobre o corpo do bebê, a

sua energia produzindo sensação de bem-estar. O reconhecimento da voz da mãe, que conversava com ele enquanto estava no útero materno, pode acalantar e acalmar o bebê (BRASIL, 2002).

Brazelton (1988), ressalta:

A enfermeira que trabalha em UTIN deve ter como objetivo, não somente ajudar na recuperação do recém-nascido, mas desenvolver empatia com seus pais, ajudá-los a criar laços com seu filho”. Nossas enfermeiras de alto risco são tanto assistentes sociais para os pais, como enfermeiras, para os bebês (BRAZELTON, 1988, p. 79).

A permanência dos pais na UTIN, no contexto social, é um direito de cidadania, garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente(ECA) (BRASIL, 1991, p. 16). A presença do acompanhante no parto e no pós-parto passou a ser garantida pela Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, tendo sido regulamentada através da Portaria do Ministério da Saúde (MS), Brasil (2005), garantindo a melhoria da qualidade do atendimento às gestantes e sua família.

O ECA defende a plena cidadania da criança e do adolescente, em todas as classes sociais, garantindo-lhe proteção especial e integral, por parte da família, da sociedade e do Estado, por se tratarem de seres em condição peculiar de desenvolvimento, em cumprimento ao art. 227 da Constituição Federal (BRASIL, 1988):

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Na Lei 8069/90 que dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente, Brasil (1991) destaca no Título II – os direitos fundamentais, relacionados à vida e a saúde da criança e do adolescente, nas quais são ressaltados: o direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existências. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:

- a) Manter registros das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;
- b) Identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;
- c) Proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientações aos pais;
- d) Fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato;
- e) Manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

As instituições que oferecem o atendimento à saúde deverão proporcionar condições para permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente. A presença dos pais e sua participação no cuidado de seu bebê podem levar às alterações nas relações de trabalho, no ambiente hospitalar, as quais não envolvem somente o choque com as características da unidade, mas a necessidade de mudanças na atitude das enfermeiras, na relação com os pais para compreensão dos cuidados e da dinâmica do trabalho.

Ao estabelecer a relação entre pais e enfermeira ou profissionais de saúde que atuam no ambiente de UTINeo, criam-se regras informais para regular as ações e situações nas quais somente as de caráter formal não conseguiriam resolver. Dessa forma, têm-se buscado mudanças na modalidade da assistência, passando daquelas cujo foco é a criança e sua patologia para aquela centrada na família (COLLET and ROCHA, 2004).

Desta forma, à medida em que os pais permanecem junto ao seu bebê na UTINeo, adquirem prática e a autonomia para cuidar dos seus filhos, expandindo as situações vivenciadas no hospital para a alta hospitalar, situação que poderia estabelecer uma relação complexa entre os pais e a enfermeira, permeado de conflitos e tensões, visto que não existe uma delimitação da extensão desta participação.

Assim, é importantíssimo a entrada dos pais nas unidades hospitalares, porém, essa permanência deve ser pensada e trabalhada, no mesmo momento em que a equipe



deve ser estruturada para recebe-los. Sendo que esta última deve ser preparada para trabalhar em um sistema de assistência social (levando em consideração o contexto familiar) e não apenas na assistência ao paciente.

#### **4.2.2. O Trinômio.**

O vínculo pode ser definido como tudo o que ata ou une, pois refere-se à ligação ou ao estabelecimento de relações (NÓBREGA, 2005). Nesse estudo será utilizado o termo vínculo como o relacionamento afetivo, ou seja, como laço emocional que une uma pessoa à outra. Bowlby (1997) descreve a formação do vínculo como “apaixonar-se”. Sua manutenção é experimentada como fonte de segurança, sendo considerada essencial para a saúde mental do bebê (OLIVEIRA, 2008).

O apego é definido como um relacionamento entre duas pessoas, específico e duradouro ao longo do tempo (KLAUS; KENNEL, 1993). Estudos o citam como um laço dos pais com o recém-nascido, ao passo que o vínculo se refere ao laço na direção oposta, ou seja, do recém-nascido para os pais. Entretanto, na literatura encontramos apego com o mesmo significado para as relações nas duas direções (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO; 2003).

Segundo Brazelton (1988), ter um bebê e ligar-se a ele não é algo só instintivo, mas sim um processo contínuo e complexo.

O nascimento é um acontecimento importante para a ligação da mãe e do pai com o seu filho. As mudanças são muitas, principalmente quando se referem ao primeiro filho. Surgem os sentimentos de ansiedade, insegurança e de preocupação com os cuidados do bebê. Neste momento a presença do pai ou outra figura de referência da família são fontes de apoio e conforto para a mãe, favorecendo a formação do vínculo mãe-filho-pai. Segundo Klaus e Kennell (1993), existem estudos que mostram em seus resultados a importância de uma companhia durante o trabalho de parto e o nascimento. Dessa forma, se diminuí o tempo do trabalho de parto, os problemas perinatais, levando a um comportamento materno mais afetivo, o que influenciará na interação entre mãe e filho.

Estes mesmos autores afirmam que manter a mãe e o bebê juntos logo após o nascimento parece iniciar e estimular a operação de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos e comportamentais que, provavelmente, vinculam os pais ao

recém-nascido. Uma sequência de interações entre a mãe e o bebê, ligando-os um ao outro, assegura o desenvolvimento posterior do apego.

Durante o trabalho de parto é natural que a mulher sinta medo e insegurança, situação esta que poderá aumentar as dores e tornar a experiência do parto um processo traumático. A presença do acompanhante, particularmente do pai, diminui esses sentimentos da mãe e transforma esse momento em uma experiência positiva. Esse direito é garantido para as mulheres pela Lei 11.108, de abril de 2005, que instituiu a presença do acompanhante no parto e pós-parto nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA, 2008).

No período de nove meses, que vai da concepção até o nascimento, desenvolve-se uma comunicação fisiológica e emocional entre mãe e feto. O feto reage aos movimentos físicos da mãe, as suas excitações psíquicas e emocionais, além dos elementos sensoriais que a cercam. Ocorrem trocas diretamente com a mãe e de forma mais ou menos direta com o pai, pelo som da voz.

Segundo Nóbrega (2005), durante a gestação, a mãe vivencia experiências sentimentais positivas em relação à criança e o apoio recebido do pai e dos familiares auxilia sua adaptação ao papel da maternidade. O bom vínculo materno-fetal constitui a melhor proteção contra os perigos do mundo exterior e seus efeitos não são limitados ao período intrauterino. Se ocorrer uma forte ligação afetiva durante o período gestacional, após o nascimento o recém-nascido poderá contar com situações já familiares, como reconhecer a voz da mãe e do pai, bem como os batimentos cardíacos maternos, estabelecendo um elo entre o antes e o depois do nascimento.

Conforme Ferreira, Vargas e Rocha (1998), o primeiro cuidado materno consiste em uma continuação das ligações da via intrauterina com o fator adicional do toque e do contato. Um momento importante para desenvolver esse contato é durante o banho, quando a criança vive momentos que lhe são familiares, pois permanecem nove meses em contato com o líquido intrauterino. Dessa forma pode ser acariciado, tomando conhecimento do seu corpo, sentindo pertencer a alguém. O bebê precisa ser embalado suavemente como era dentro do corpo de sua mãe, mantendo um contato íntimo com a mesma. O contato é um estímulo importante para o crescimento e a percepção, estimulando instintivamente reações emocionais no neonato. Incluem-se aí a

alimentação, o banho e todos os pormenores do cuidado físico, tais como:afagar, acariciar, cantar ou conversar com o bebê.

Por isso, a separação precoce e prolongada, como nos casos de recém-nascidosinternados em UTINeo, pode levar a um enfraquecimento dos laços afetivos tornando-se umaameaça à formação do vínculo mãe-filho-pai. Esse vínculo é de extrema importância nodesenvolvimento da criança nos âmbitos psicológico, afetivo e social que se constrói narelação do cuidado dos pais com o seu filho.

A assistência de enfermagem ao bebê hospitalizado deverá ser organizada para atendera uma população sujeita aos riscos, por apresentar patologias capazes de ocasionar sequelas quepodirão interferir no seu desenvolvimento.Na UTINeo, o recém-nascido e seus pais necessitarão de cuidados especiais, e o enfermeiro é o responsável por estimular o desenvolvimento do vínculo mãe-filho-pai. A habilidade e a competência do profissional da saúde aludido garantem maior tranquilidade da mãe, adquirindosua confiança que, por sua vez, favorece atitudes positivas em relação a seu filho. Dessaforma as representações sociais de enfermeiras acerca da permanência dos pais na UTINeopodem influenciar diretamente na qualidade da assistência prestada ao RN e seus pais (OLIVEIRA, 2008).

#### **4.3.A comunicação de más notícias em saúde**

Para Buckman (1992, p.11) e Sancho (2000, p.27), má notícia significa "toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro". Por este motivo, ninguém gosta de ser portador de más notícias, é sempre uma situação difícil e geradora de *stress* e sofrimento, pois, tal como refere Barroso (2000, p.175), "(...) *transmitir uma má notícia é sempre uma tarefa difícil, que exige muita diplomacia*".

A comunicação deste tipo de notícia em saúde constitui uma das tarefas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais com o doente/família/profissional de saúde. Nestes espaços, estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais e sobreviventes, medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação, conduzindo a mecanismos de fuga nos profissionais, os quais afetam a comunicação, podem provocar efeitos no sobrevivente a longo prazo, quando os profissionais"(...) *devido ao medo de serem agredidos verbalmente, comunicam*

*frequentemente de uma forma menos cuidadosa e menos simpática.*" (BENT-KELLY, 1992, p.32).

Os profissionais de saúde, para além de deverem planejar e gerir estes momentos, também têm de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. Buckman (1992) considera que estes medos se associam, principalmente, ao: "medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades; "medo de expressar uma reação emocional"; "medo de não saber todas as respostas colocadas pelo doente e familiares e/ou outras pessoas significativas"; "medos pessoais acerca da doença e da morte", "medo das reações do doente e família". Por estas razões, os processos de comunicação, por vezes esvaziam-se de conteúdo, desencadeando mecanismos de fuga e a utilização de eufemismos, para não se correrem riscos de falta de transparência e de omissão.

As dificuldades dos profissionais não se prendem apenas com o medo de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou dos familiares (sobreviventes da má notícia), mas também com a dificuldade em gerir a situação. Os mecanismos de fuga estão relacionados, muitas vezes, com os seus próprios medos e receios face à própria morte ou doença, ou de um familiar próximo, provocando a "sensação de espelho", isto é, imaginarmo-nos a nós próprios na mesma situação, preferindo afastar o problema para não o viver. A este propósito, refere Bent-Kelly (1992, p.32), "(...) tornamo-nos incapacitados e vulneráveis às nossas próprias emoções e por esse motivo não conseguimos dar o apoio necessário aos que dele necessitam".

Por outro lado, os profissionais encaram, por vezes, estas notícias como um sinónimo de fracasso, numa sociedade em que se tem verificado uma grande evolução tecnológica e científica nas Ciências da Saúde, associada a um aumento da esperança de vida que incute uma ideia de imortalidade. Portanto, quer a perda se relacione com doença, do próprio ou de um familiar, ou com morte, é sempre geradora de situação de *stress*, considerada situação de crise, isto é, uma situação que surge no indivíduo de uma forma tão diferente ou grave que as suas respostas habituais são insuficientes e inadequadas, exigindo alterações dos padrões de funcionamento pessoais e sociais definidos (RIBEIRO e col., 1995).

Segundo Gameiro (1999), as situações de doença, particularmente as mais graves, são entendidas como um tipo de crise, pois provocam no doente sentimento de

insegurança, incerteza e medo, geradores de altos níveis de *stress*, que exigem o recurso a mecanismos de adaptação e de defesa para se protegerem do elevado efeito estressante.

Kfir e Slevin (1996, p.73) desenvolveram um modelo de crise para trabalhar com as famílias e vítimas de perda, caracterizando a crise em três fases: "falta de informação face a uma situação completamente nova"; "solidão e sensação de falta de apoio"; e "sensação de inexistência de opções disponíveis". A intervenção dos profissionais passa pelas três fases da crise: prestar informação, dar apoio emocional e fornecer opções.

Relativamente à primeira fase, o autor considera que a falta de controle a ausência de informação segura e estabilizante e a crescente ansiedade associadas à necessidade de confiar totalmente nos especialistas constituem as primeiras dimensões da crise. A informação é um dos aspectos principais para ajudar as pessoas a enfrentar a sua nova situação e a reagirem ao "sentimento de descontrolo". As pessoas precisam de ter acesso a certa informação, sendo esta completada com as questões que o doente deseje colocar. Reconhece-se hoje em dia que, apesar de ser uma tarefa difícil e complexa, o fornecimento de informação reduz a incerteza e constitui uma ajuda fundamental para os doentes e a família aceitarem a doença, lidarem com a situação, participarem na tomada de decisão e envolverem-se no processo de tratar/cuidar. Tudo isto contribui para a aquisição de controle sobre a situação, para uma adaptação positiva, conferindo autonomia e um sentimento de bem-estar no doente, apesar da realidade da situação.

O processo de tomada de decisão no que respeita ao ato de informar é muito complexo devendo ser baseada no interesse e no desejo expresso pelo doente. O profissional deve ouvir o doente e procurar transmitir a verdade possível, respondendo às suas questões de forma adequada, respeitando as suas necessidades, numa base de honestidade, com tato, de modo a responder apenas àquilo que o doente quer saber, subtraindo aquilo que o doente não está preparado para ouvir, evitando infantilizar e banalizar o momento. A ausência de informação e o silêncio em redor do doente é a confirmação, muitas vezes, das suas suspeitas, aumentando os seus receios face a um diagnóstico que pressente, mas que não é transmitido verbalmente. Deste modo, o ato de informar deve ser individualizado e o seu conteúdo deve ser direcionado e adaptado a cada doente, de modo a respeitar o ritmo e as necessidades do doente/família. A

necessidade de informação é diferente de pessoa para pessoa, mas a maior parte requer informação geral sobre a patologia e o tratamento mais indicado para a sua situação, o que constitui uma ajuda significativa ao doente em termos emocionais, pois dá-lhe uma sensação de controlo da situação.

Portanto, em primeiro lugar, é preciso saber qual a informação que os doentes necessitam para participar ativamente no seu processo de cura e, em segundo lugar, averiguar se estes pretendem ter ou não uma participação ativa no seu processo de doença. É preciso ter em conta que nem toda a informação é útil, e que embora muitos doentes prefiram, de fato, receber o máximo de informação, outros preferem saber o menos possível, atribuindo ao médico toda a responsabilidade das decisões (Schain, cit. in Dias, 1994). Por vezes, os doentes não querem saber o prognóstico e as suas expectativas de vida, pois isso iria "assombrar as suas vidas" pelo que implicá-los nas decisões seria um fator estressante. Contudo, esta postura pode levantar barreiras à comunicação e dificultar o processo de adaptação à doença.

Analisados os dilemas dos profissionais relativos à informação e as diferenças entre os doentes neste domínio, parece-nos oportuno analisar também a forma como é transmitida a informação aos doentes, pois, na opinião de Taylor (1988), não existe uniformidade entre os médicos neste aspecto. Assim, podem existir dois estilos comunicacionais. No "estilo experimental" os médicos procuram valorizar a partilha de informação, transmitindo uma maior abertura para discutir os aspectos relacionados com a doença. Esta postura favorece a participação dos doentes na decisão clínica e reduz a incerteza. Os de "estilo terapêutica" desenvolvem a tarefa limitando-se a recomendar um tratamento. Evitam dar informação que consideram geradora de *stress* e que possa desencadear sentimentos de dependência.

Também Potter, Alder e Abraham (cit. in Melo, 2005) definiram o envolvimento do doente na consulta em função de quatro modelos, que passamos a descrever: O "Paternalista" é o mais observado e centra-se na doença o profissional de saúde questiona o doente através de questões fechadas e específicas a fim de determinar o diagnóstico e, posteriormente, decide sobre o tratamento a efetuar sem pedir qualquer opinião aos visados. O doente responde às questões colocadas pelo médico e segue as suas orientações. Este modelo corresponde ao modelo tradicional "médico-ativo-responsável-pelo-doente-passivo" que ainda predomina na maioria das situações. O médico resolve os problemas dando ordens que são seguidas de forma passiva pelos

doentes (Scharf, cit. in Dias, 1994 e 1997). Neste contexto, o doente assume o papel de receptor passivo da doença, pelo que tem que confiar de forma inquestionável no médico, autoridade detentora do poder/saber para o resgatar da doença. Este modelo conduz a um défice de informação e envolvimento do doente e pessoas significativas.

O "Modelo da Participação Mútua" caracteriza-se por um maior envolvimento do doente. O profissional reconhece que as crenças e os conhecimentos do doente são importantes para a compreensão da sua doença. Este modelo começa a ser utilizado cada vez mais, talvez pelas mudanças sociais e em saúde, já referidas, que fazem com que os doentes estejam cada vez mais informados e procurem ter um papel mais activo.

O "Modelo do Consumismo" enfatiza a liberdade de escolha do doente. É ainda pouco comum, e emerge da privatização cada vez mais crescente dos serviços de saúde.

O Modelo "Default" (negligência) caracteriza-se pelo défice de envolvimento entre o profissional de saúde e o doente. Normalmente, este tipo de relação ocorre quando o médico não tem explicação orgânica para os sintomas ou o doente é incapaz de se responsabilizar pela sua situação.

Face ao exposto, podemos concluir que a relação profissional de saúde/doente pode ser analisada em duas perspectivas: uma centrada no profissional de saúde, que focaliza a atenção na doença e outra centrada no doente, que valoriza não só a doença, mas também a pessoa doente.

Por outro lado, os profissionais de saúde devem ter também em conta as percepções do doente sobre a necessidade de informação, pois nem sempre estas correspondem aquelas que o profissional entende como importantes e adequadas para o doente. Assim, enquanto os médicos se preocupam em dar informação relevante e precisa sobre a doença, os seus estádios e o tipo de tratamento, a preocupação central do doente é saber quais são as implicações da doença a nível pessoal, familiar e profissional, isto é, as possibilidades de sobrevivência, sofrimento e recuperação (Dias, 1994).

Esta dissonância pode conduzir à insatisfação. Pensa-se que o grau de satisfação dos doentes está relacionado a maior parte das vezes com a informação que lhes é proporcionada. A este propósito, Teixeira (2000, p. 107-109) refere também que vários estudos realizados noutros países apontam que uma das causas da insatisfação dos

pacientes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com a insatisfação, com o "comportamento profissional dos técnicos de saúde" e, mais especificamente com os comportamentos comunicacionais. Na sua perspectiva, os problemas de comunicação podem ser analisados em quatro domínios diferentes:

1. **"Na transmissão da informação"**: prende-se com a insuficiência, imprecisão, por vezes ambiguidade da informação, sobre diversos aspectos relacionadas com a saúde/doença. Inclui ainda a utilização de terminologia técnica, o que dificulta a compreensão, e o tempo disponível para esta dimensão, limitando a oportunidade de os doentes falarem e colocarem questões;
2. **"Nas atitudes em relação à comunicação"**: nesta dimensão os principais problemas residem no facto de os técnicos de saúde não encorajarem os pacientes a colocar questões, o que pode dificultar a obtenção de informação. Isto acontece, a maior parte das vezes, pela dificuldade em escutar, o que faz com que a entrevista/consulta se centre mais no médico que no paciente, assumindo este um papel passivo. Outro problema inerente a este domínio é a **"atitude de evitamento"** por parte de certos profissionais de saúde em relação a dados pessoais, familiares e profissionais do paciente, em que estes necessitam de apoio. A desvalorização da experiência psicológica da doença é outra das atitudes referidas que pode ser associada à hipervalorização da dimensão técnica em detrimento das da dimensão emocional da doença. Esta atitude pode relacionar-se com os modelos de formação, mas também com a fuga dos profissionais a questões psicológicas que possam gerar ansiedade. Por último, a utilização do **"estilo autoritário de influência"** em que os profissionais adoptam a atitude de fazer muitas perguntas, a maior parte delas fechadas, questionando e interrompendo os doentes com frequência;
3. **"Na comunicação afetiva"**: neste domínio situa-se o distanciamento, o desinteresse pelas preocupações e expectativas dos doentes. Esta dimensão deve ser considerada tanto no plano verbal como não verbal. A sua importância reside no fato de poder contribuir para diminuir ansiedade e permitir uma melhor assimilação da informação;
4. **"Na análise de pedido de consulta"**: os problemas desta dimensão relacionam-se com dificuldades "na identificação de pedidos relacionadas com crises



personais, dificuldades de adaptação a novas situações ou mesmo com psicopatologia significativa".

Neste sentido, concordamos com Dias (1997, p.70) quando afirma que a informação se converteu "no mecanismo através do qual o doente adquire *status* de pessoa com capacidade de decisão no plano da relação médico - doente" e que o ato de informar para além de funcionar como um mecanismo propiciador do aumento de sobrevivência, pode, acima de tudo, incrementar a qualidade de vida dessa mesma sobrevivência.

Contudo, embora haja uma maior consciencialização e sensibilização da importância da informação e do apoio psicossocial na adaptação do doente à sua doença, ainda se continuam a verificar falhas neste domínio.

Segundo Dura (1998), o processo de informação deve ter em consideração pelo menos três sistemas de intervenção:

1. O "**sistema pessoal**", onde se incluem todos os aspectos de natureza física e psicológica - os fatores biológicos, os cognitivos e emotivos/ motivacionais do doente - responsáveis pela adaptação positiva ou negativa à situação;
2. O "**sistema microsocial**" que considera os fatores externos ao indivíduo que constituem a situação concreta em que se encontra: a rede de relações interpessoais que tem com a família, amigos e outras pessoas significativas, bem como a que estabelece com os profissionais de saúde que o atendem; e, por outro lado, os fatores situacionais e de contexto, associados às condições físicas da instituição onde o doente está a ser atendido bem como às características do tratamento a que é submetido;
3. O "**sistema macrosocial**" referente a dois grandes aspectos: por um lado, as políticas de saúde (disponibilidade de meios para a prevenção e o tratamento) e, por outro, a representação social da doença baseada nas concepções socioculturais que determinam representações negativas e erróneas da doença.

Outra característica deste modelo é que assume uma atitude dinâmica, cujo objetivo não é descrever a situação biopsicossocial do doente, mas encontrar as estratégias necessárias para conseguir um ajuste psicossocial do doente à sua doença,

portanto, inscreve-se em valores de bem-estar e qualidade de vida das sociedades ocidentais.

Neste sentido, o modelo segue uma lógica meios–fins em que os três sistemas abordados constituem o lugar sobre o qual deve incidir a informação, para atingir a finalidade, ou seja, o controle sobre a doença.

Surge, ainda, neste modelo a necessidade de obedecer a um processo sequencial e de se ter em conta as diferentes fases do processo de doença, estabelecendo para cada uma delas aqueles fatores que são mais relevantes para o bem-estar psicossocial do cliente.

Deste modo, o modelo de informação deve ser operacionalizado de acordo com o seguinte esquema: “Que informação se deve transmitir”; “Quem a deve transmitir”; “Quando deve ser transmitida”; “Como deve ser transmitida”.

O conteúdo da informação (o que), segundo Dura (1998), deve abranger os seguintes aspectos:

- Informação acerca da doença e dos principais tratamentos - sempre que possível referir as possibilidades de cura, oferecer alternativas para superar essa ameaça, por exemplo tratamentos existentes);
- Informação sobre as causas da doença, existem evidências de que as causas atribuídas à doença influenciam a sua adaptação à mesma - por exemplo, uns autculpam-se da sua doença, enquanto outros a atribuem à vontade divina; estas atribuições erradas, podem influenciar negativamente o bem-estar psicológico dos clientes, conduzindo muitas vezes a situações de desespero e depressão, pelo que se deve procurar desculpabilizar o doente;
- Informação sobre os tratamentos a que vai ser submetido –(os estudos existentes sobre esta problemática são contraditórios. Enquanto que uns defendem que as informações sobre os tratamentos a efetuar não reduzem, por exemplo, a dor ou o *stress*, outros referem precisamente o contrário, ou seja, a informação antecipada aumenta a tolerância e reduz os sintomas associados);

- Informações sobre as possíveis sensações/efeitos secundários associados ao tratamento - o doente que recebe informação sobre as sensações /efeitos secundários (dor, náuseas, vômitos, mal-estar) que pode experimentar com o tratamento (quimioterapia ou radioterapia) terá uma melhor adaptação e tolerância ou uma interpretação correta das que surgirem;
- Informação específica sobre a cirurgia - o doente deve ser informado sobre o procedimento concreto que se vai efetuar, bem como das consequências do mesmo; este problema coloca-se sobretudo no caso de uma cirurgia que implique perda de uma parte do corpo e que pode afetar a imagem corporal; é fundamental, ainda, oferecer alternativas para superar a alteração da imagem corporal ou a função afetada, tais como as próteses mamárias; é conveniente também instruir sobre os exercícios de reabilitação física inerentes à cirurgia; estas abordagens são necessárias para se obterem resultados positivos no que diz respeito à reação do doente à situação;
- Informação para que a doente realize uma revalorização cognitiva da sua situação de doença; diversos estudos evidenciam que a situação de doença, conduz à alteração de valores, atitudes e opiniões sobre a vida, o que pode desencadear conflitos; neste caso, a intervenção de um psicólogo é essencial para ajudar a doente a conceptualizar cognitivamente a sua doença, integrando-a na sua experiência de vida.

Em modo de síntese, a autora enfatiza como princípio básico a necessidade de "congruência Informativa", entre as informações a transmitir pela equipe de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos), familiares e amigos. Para isso, é necessário informar a família ou outra pessoa significativa ao mesmo tempo que se informa a doente sobre a sua situação ou diagnóstico e que todos os elementos da equipa de saúde procurem que a informação e a atuação sejam congruentes. Informações díspares, provocam sentimentos de inquietude, confusão e falta de confiança na equipa de saúde. O envolvimento da família é fundamental. Esta, habitualmente, é o principal suporte do doente e constitui uma fonte importante de informação, o que pode ajudar na relação terapêutica (SOARES, 2002). É claro que este envolvimento da família deve ter em conta a opinião e decisão do doente. O modelo de informação exposto ressalta princípios básicos a atender na transmissão de informação, principalmente na doença

oncológica, para exercer uma influência positiva na adaptação psicossocial dos doentes - Congruência, Sistematização e Sequencialidade (Dura, 1998).

Pelo que até agora foi referido, parece poder concluir-se que proporcionar informação contrariamente à opinião e aos receios dos profissionais de saúde não acarreta consequências negativas para os doentes, pelo contrário, tem um impacto positivo no bem-estar psicossocial dos doentes. Beneficia o seu ajustamento psicossocial e o seu processo de adaptação à doença e constitui um elemento importante na determinação da qualidade de cuidados.

Mas estas questões dependem sobretudo do tipo de informação, e em contexto hospitalar a informação a prestar aos doentes abrange múltiplos aspectos. Reportando-se ao contexto hospitalar, Parente (1998) considera que a informação a prestar ao doente se divide em dois grupos:

- Informação funcional (visitas - número e horário; horário das refeições...);
- Informação técnica (diagnóstico médico, diagnósticos de enfermagem, prognóstico, intervenções, tratamentos, exames, etc.).
  - Informação técnica não dolorosa;
  - Informação técnica potencialmente dolorosa.

Os dilemas na informação não se colocam a nível da informação funcional, mas essencialmente a nível da informação técnica "potencialmente dolorosa" - comunicar más notícias relativas a diagnóstico/prognóstico graves - pois este tipo de informação tem sempre algo de relativo, subjetivo, provoca desprazer nos profissionais e a sua transmissão tende a ser evitada.

Contudo, embora existam imperativos éticos e legais, o profissional de saúde nunca deve esquecer, que dar uma má notícia a um doente, é um ato inquestionavelmente humano (SANCHO, 2000). A forma como o profissional dialoga e comunica com o doente tem por vezes mais importância que o próprio conteúdo da mensagem. Goldim (2003) refere que, muitas vezes, gera-se no profissional de saúde um conflito interno entre contar ou não uma má notícia a um paciente ou seu familiar,

mas as questões que devem ser colocadas são: qual é a melhor maneira de contar esta notícia? e como vou dividir, organizar estas informações.

Na verdade, não existe uma norma para comunicar "más notícias", pois cada pessoa tem as suas particularidades e características próprias pelo que a atuação do profissional deve ser adaptada a cada caso.

O profissional de saúde deve preparar-se para responder às questões dos doentes de forma adequada, respeitadora e honesta. Deve ter em conta a fragilidade de cada pessoa, os seus anseios e angústias, incluindo a recusa e a incapacidade de saber a verdade objetiva. O profissional deve procurar criar um ambiente de confiança e adaptação. A notícia deve ser dada de forma gradativa, clara e aberta, adaptada à vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber manifestada pelo doente e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões. O profissional deve ter sensibilidade e perspicácia para poder responder ao que o doente quer saber, calar o que este não parece preparado para ouvir, sem infantilizar, sem eufemismos, sem banalizar o momento e sem retirar a esperança.

Segundo Buckman (1992), há princípios que podem ser tidos em conta na preparação da entrevista com o doente e que passam pelos seguintes pontos: preparar para ouvir; questionar (questões fechadas para a história e abertas para o restante); ouvir ativamente; mostrar que está a ouvir (repetir e reiterar); responder às questões de forma apropriada, o que inclui respostas empáticas ou fatuais (identificar as emoções, a sua causa e reconhecê-las) e o silêncio, pois responder não significa uma resposta completa. O mesmo propõe ainda um protocolo de seis etapas para dar "más notícias":

- Começar adequadamente, com atitudes cordiais, tendo em conta o contexto e quem deve estar presente;
- Descobrir quanto o doente sabe da sua doença;
- Descobrir quanto o doente quer saber;
- Dividir e compartilhar a informação;
- Responder às questões do doente;
- Planear e combinar o acompanhamento.

Estes princípios, não constituindo uma fórmula, podem ser orientadores das práticas comunicacionais dos profissionais face a uma pessoa que foi alvo de uma perda

(sobrevivente de uma má notícia). Uma comunicação eficaz, eticamente correta é fundamental para ajudar o doente/família a ultrapassar a sua situação de perda, ou, na impossibilidade de o fazer, a ser mais feliz (CARDOSO e CARDOSO, 1992).

É através da relação interpessoal " que o ser humano consegue satisfazer algumas das suas necessidades fundamentais, das quais podemos destacar as necessidades de confiança, de proteção, do sentido de pertença, de amor, de autoestima, de afirmação, de atualização de si, e do reconhecimento das suas diferenças. Cada pessoa sente necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade" (SANTOS, 2000, p.51). A mesma autora enfatiza que a relação interpessoal, na sua vertente de relação de ajuda, é um tipo de interação fundamental à prática dos profissionais de saúde para desenvolverem um processo de comunicação que responda às necessidades específicas de cada pessoa com quem interagem, estabelecendo um clima de segurança afetiva e de confiança mútua.

A relação de ajuda tem duas componentes essenciais, que são o respeito e a empatia. O respeito é a atitude pela qual o profissional de saúde reconhece a pessoa como ser único, com a sua realidade, condição cultural e social. Lazure (1994, p. 51) diz-nos que "respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória".

A empatia é outro dos componentes essenciais à relação de ajuda e que conduzem a uma participação efetiva do utente no processo terapêutico. Segundo Chalifour (1993, p.215) :

"o termo empatia foi criado pela psicologia clínica para indicar a capacidade de imersão no mundo subjetivo do outro e de participar na sua experiência na medida em que a comunicação verbal ou não verbal o permitam. Usando termos mais simples, é a capacidade de verdadeiramente se colocar no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê".

Este componente é essencial na interação que o profissional estabelece com o doente e a família, uma vez que tenta viver os sentimentos e compreender a sua situação, tentando ativar o seu potencial para ultrapassar a situação e envolvê-lo (s) no processo terapêutico.

Cardoso e Cardoso (1992, p. 53) consideram que

A atitude empática (...) é a única via orientada para uma comunicação eticamente correta (...) para ajudar o doente a ultrapassar a sua doença, ou, na impossibilidade de o fazer, a ser mais feliz com ela, ajudando igualmente a personalidade familiar de modo a que esta esteja mais disponível para o reequilíbrio do sistema familiar e mais capaz de melhorar a qualidade de vida.

Um dos pilares fundamentais da relação de ajuda é a escuta ativa. Segundo Carkhuff(1988, p.46), escuta ativa é " (...) *como uma disponibilidade ou uma atenção dirigida à pessoa que vai ser ajudada. A escuta traduz-se por um comportamento físico (postura), observação (olhar o outro) e escuta propriamente dita (audição)* ". A escuta ativa "*é o fundamento da comunicação terapêutica, e a capacidade mais importante, que nós devemos adquirir, desenvolver e manter*" (Gibbons cit. in QUEIROZ, 2004, p.35).

O objetivo básico da comunicação em saúde consiste em ajudar o doente a concretizar as percepções do que necessita e ir negociando e desenvolvendo em conjunto as possíveis formas de ajuda que podem ser levadas a cabo. Comunicar é um processo dinâmico e aberto onde tudo o que faz parte da situação, tudo o que está em contato com o doente, é importante e transmite uma mensagem. Deste modo, a comunicação pressupõe um processo em que o profissional de saúde e o doente escutam o que dizem e validam os respectivos significados.

Assim, na sua prática, o profissional de saúde, através do contato quotidiano, atua como receptor, pela apreensão das mensagens significativas das doenças tentando responder às necessidades individuais de cada doente, e como emissor, transmitindo atitudes, atenção, compreensão e ajuda.

Neste contexto, é imprescindível aos profissionais de saúde serem conhecedores e peritos em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde. Segundo Surribas *et al.* (1994, p.61), "*as habilidades para levar a cabo a comunicação interpessoal resultam fundamentais para proporcionar cuidados de qualidade nos serviços de saúde*".

### 5. Tabela de Gastos

<b>Recursos Materiais</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Custo Unitário</b>	<b>Custo Total</b>
Microcomputador	1	R\$ 1300,00	R\$ 1300,00
Câmera Fotográfica	1	R\$ 900,00	R\$ 900,00
Impressora	1	R\$ 299,00	R\$ 299,00
Cartucho	1	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Grampeador	1	R\$ 3,90	R\$ 3,90
Perfurador	1	R\$ 8,00	R\$ 8,00
Pen- Drive	1	R\$ 55,00	R\$ 55,00
CD	2	R\$ 0,89	R\$ 1,78
Papel A4	1 resma	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Caneta	3	R\$ 0,70	R\$ 2,10
Grampo	1 caixa	R\$ 2,20	R\$ 2,20
Encadernação	2	R\$ 2,00	R\$ 4,00
Xerox	53	R\$ 0,08	R\$ 42,40
<b>TOTAL</b>	-	<b>R\$ 1730,77</b>	<b>R\$ 1875,48</b>





## **7. Resultados e Discussões:**

### **7.1. Descrição do Fluxo Assistencial Determinando a Linha de Cuidado entre a Medicina Fetal e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

1# As pacientes gestantes podem dar entrada à Maternidade Escola por duas formas: A primeira através do encaminhamento pela atenção primária de referência, após verificação/diagnóstico de quadro que caracterize alto risco e a Segunda pelo início do pré-natal diretamente na instituição citada, pré-natal este tendo iniciado em risco habitual ou em situação de alto risco.

2# Nas duas formas pela qual essas pacientes dão entrada na instituição não excluem a necessidade de as mesmas passarem pela RECEPÇÃO/PORTARIA, setor responsável por identificação, controle e primeiras orientações e encaminhamento à RECEPÇÃO/HALL, passo esse que pode ser pulado em casos de urgências/emergências;

3# Na RECEPÇÃO/HALL, as pacientes são orientadas quanto suas consultas, confirmação de consultas marcadas durante o atendimento multiprofissional e/ou encaminhadas aos ambulatórios especializados (muitas pacientes já são encaminhadas para a instituição com pedido de atendimento para o serviço de medicina fetal, outras já fazem o pré-natal na instituição e em algum momento necessitam de parecer ou mesmo, ter o restante de seu pré-natal acompanhado pelo serviço citado) quando alto risco, ou mesmo aos ambulatórios que fazem o atendimento ao risco habitual.

4# Quando no atendimento pelo Serviço de Medicina Fetal (Ambulatório Especializado), a gestante é atendida pelo setor de imagens (Ultrassonográfico), onde é recebido por um atendimento interprofissional composto por vários serviços da Maternidade Escola além do de medicina fetal, sendo eles: serviço de obstetrícia, serviço de enfermagem, serviço de psicologia, serviço de assistência social, em algumas situações sendo atendidas pelos serviços de nutrição e dietética, serviço de cardiologia, serviço de nutrologia/endocrinologia.

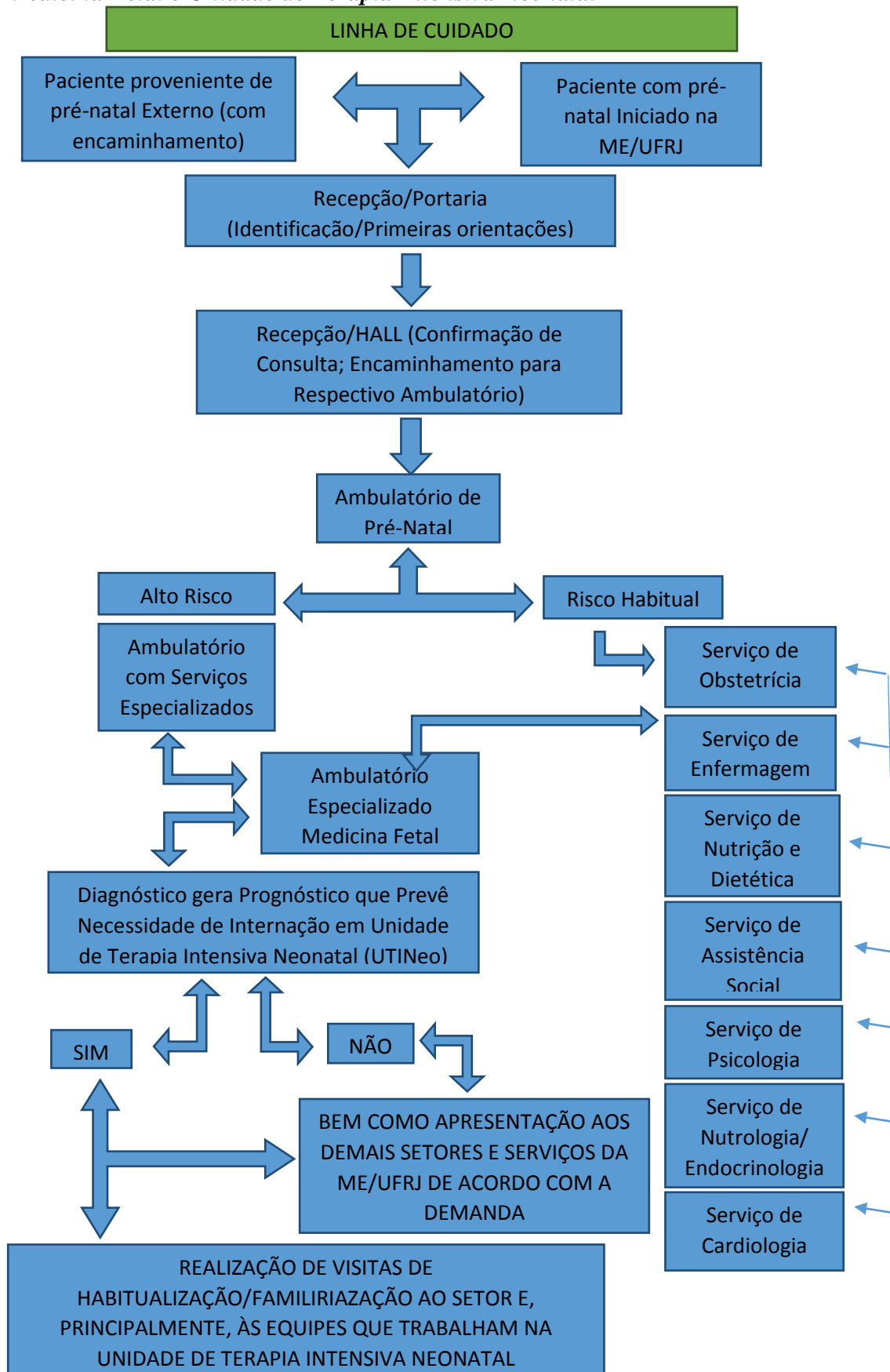
No fluxo assistencial proposto pela nova linha de cuidado sob gestão clínica do enfermeiro, abraça essa gestante nesse momento de seu itinerário terapêutico aumentando a segurança do paciente, não permitindo que a mesma se perca durante o processo, oferecendo assistência interprofissional durante todo o caminho na busca pela manutenção de sua saúde e de seu bebê (feto).

5# Durante o atendimento pelo serviço de medicina fetal, havendo um diagnóstico gerando prognóstico a qual prevê a necessidade de internação na unidade de terapia intensiva neonatal (UTINeo) de seu feto, a gestante é convidada e de acordo com sua vontade e/ou escolha à realização de visitas de habituação/familiarização ao setor e, principalmente, às equipes que trabalham na unidade de terapia intensiva neonatal. Bem como apresentação aos demais setores e serviços da ME/UFRJ de acordo com a sua demanda.

6# Durante o atendimento pelo serviço de medicina fetal, não havendo um diagnóstico a qual gere um prognóstico que prevê a necessidade de internação na unidade de terapia intensiva neonatal (UTINeo), a gestante é convidada e de acordo com sua vontade e/ou escolha à realização de visitas de habituação/familiarização aos setores e serviços da ME/UFRJ de acordo com a sua demanda.

O fluxo assistencial proposto para a linha de cuidado sob a gestão clínica do enfermeiro fazendo o link entre o ambulatório de medicina fetal e a unidade de terapia intensiva neonatal (Fluxograma 1), foi avaliada quando sua aplicabilidade, necessidade e funcionalidade a partir da ótica das pacientes expostas ao mesmo, a partir a aplicação do questionário semiestruturado apresentado em apêndice 2. Gerando as informações que se segue.

**Fluxograma 1 – Fluxo Assistencial para a Linha de Cuidado entre o Serviço de Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**



## **7.2. Avaliação do Fluxo Assistencial Proposto para a Linha de Cuidado entre a Medicina Fetal e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

O trabalho apresentou um número total de vinte e nove (29) gestantes às quais concordaram por fazer parte da pesquisa proposta, sendo assim inseridas no fluxo sugerido no desenho de pesquisa. Entretanto durante o caminhar da pesquisa um número de quatro gestantes (04), foram excluídas da contagem devido alteração em estado clínico obstétrico e/ou fetal, gerando alteração nos critérios de inclusão e/ou associando-se aos critérios de exclusão, preliminarmente determinado.

Como previamente determinado, o primeiro momento do projeto, com objetivo conhecer às gestantes e seus companheiros (ou familiares), seu histórico gestacional e sua clínica obstétrica, apresentando-as o trabalho a qual foi realizado e os profissionais que, em conjunto os realizaram. Bem como a leitura junto com as mesmas, do termo de consentimento livre e esclarecido, tirando suas dúvidas momentâneas, esclarecendo e orientando que as mesmas levassem o documento para sua residência para que pudessem realizar uma leitura mais cuidadosa juntamente com seus parceiros, e/ou familiares, para em conjunto com os mesmos, tomar a decisão de participação ou não, na pesquisa apresentada. Foi aplicado a todas as vinte e nove (29) gestantes, sendo realizado em conjunto à primeira consulta das mesmas pelo serviço de medicina fetal.

Em sequência, o segundo momento do projeto foi realizado uma preparação das gestantes sobre o momento ao qual estavam passando e sobre sua condição clínica obstétrica e/ou de seu feto (bebê). Este momento foi marcado pela aplicação de doses terapêuticas de informações de acordo com a demanda de dúvidas destas gestantes e de seus companheiros (e/ou familiares). Este momento, em parte se iniciou junto com o primeiro momento e se estendeu a todo o processo, devido a necessidade por parte das gestantes e seus parceiros/familiares de informações sobre sua condição ou relacionado a condição de seu feto/bebê com o avançar da gestação. Neste momento, também foram entregues os termos de consentimento livre e esclarecido assinados pelas gestantes que optaram por fazer parte da pesquisa, as esclarecendo qualquer dúvida residual. Momento este também sendo aplicado a todas as vinte e nove (29) gestantes.

Com o terceiro momento do projeto, afim de ambientar esta gestante a seu local de assistência, foram apresentados os setores aos quais a mesma percorreu dentro da instituição, desde a Admissão/Emergência, passando pelo laboratório de análises clínicas, centro obstétrico, alojamento conjunto e banco de leite. Momento este

considerado de grande importância devido a capacidade de familiarização com a instituição, com os serviços e colaboradores, de diminuir a ansiedade, o medo do novo, do desconhecido, entre outros benefícios de caráter subjetivo e individual.

Na altura do quarto momento da pesquisa, as gestantes foram inseridas no contexto clínico obstétrico e da medicina fetal, bem como da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo). Apresentando-as a atual situação de seu feto (bebê), com as possíveis necessidades de o mesmo necessitar de cuidados intensivos após o nascimento, momento este que em parte também ocorreu em mesma consulta que os momentos anteriores, sendo realizado a partir de um atendimento multiprofissional/disciplinar e de forma interprofissional formada por: Obstetras, Pediatras (Neonatologistas), Enfermeiros, Psicólogas, Assistentes Sociais, por vezes hematologistas.

Na fase do quinto momento do projeto foi promovida a ambientação das gestantes com a UTINeo, dando ênfase na familiarização com as equipes atuantes neste local (setor), equipes dessas médicas, de enfermagem, de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais etc. Da mesma forma foram apresentadas, gradualmente, as tecnologias leves e duras utilizadas neste ambiente.

Em sua grande maioria, as gestantes em um primeiro instante tomaram a unidade de terapia intensiva neonatal com estranhamento, medo, em certo instante algumas pediram para se retirar do setor, outras expressaram tal estranheza e medo através de lágrimas. Como desde o princípio, as tomadas de decisões foram realizadas de forma subjetiva e individual, a necessidade de parar a visita ao ambiente foi vista a partir de tais características. Em todos os momentos das visitas à UTINeo, houve a presença e apoio do serviço de psicologia da instituição, prática essencial para a realização da pesquisa.

Durante tal momento, cinco (05) gestantes se mostraram tranquilas durante o primeiro contato ao setor, demonstrando conhecer algumas das tecnologias leves e duras, o que nos gerou curiosidade, sendo exposto pelas mesmas, a permanência de outro (s) filho (s) na unidade em gestações anteriores, sendo que em todos os casos houve evolução positiva com respectivas altas para o lar.

O sexto e último momento do projeto foi aplicado um questionário semiestruturado (apêndice 2) abordando o trabalho realizado, tal fase foi aplicada às mulheres já como puérperas, com intuito de avaliar o novo fluxo assistencial,

principalmente avaliando a melhora da qualidade e a segurança da assistência prestada às essas mulheres perpassando desde a gestação à fase puerperal.

Neste questionário foram aplicados cinco (05) perguntas fechadas, com resposta de sim ou não, como segue: **Questão 1** –Você conhece/ou já teve filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo)? Cinco(05) já tiveram filho internado em UTINeo, representando 20%. Duas (02) puérperas, representando 8%, alegaram conhecer ou ter tido filho internado na UTINeo. Dezoito (18), num tocante de 72%, alegaram não conhecer e/ou nunca ter tido filhos internados na UTINeo.

A seguir foi questionado, **Questão 2**–Quando apresentada a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo), você conseguiu compreender a unidade? Nesse aspecto, todas puérperas (25) responderam que sim, 100%. Ou seja, ter assimilado as informações detalhadas.

Nas questões 3 e 4, buscamos determinar como foi o processo de acolhimento nos setores envolvidos, como demonstrado respectivamente a seguir: **Questão 3** – Você se sentiu acolhida durante sua passagem pelo Ambulatório de Medicina fetal?Em sua totalidade (25), 100% referiram que sim.Não se contentando com a resposta objetiva, um número de seis (06) puérperas, discursaram frases referente a profissionais atuantes no setor bem como ao serviço prestado, com suas próprias palavras: **Puérpera #1** “O atendimento pelo doutor cristos é maravilhoso, ele é muito atenciozo, sempre tirando nossas dúvidas, todo mundo, sempre a disposição”; **Puérpera #2** “Estava muito ansiosa e com muito medo no primeiro atendimento, mais o doutor Cristos e doutor Jair, me explicaram todas as coisas que estavam acontecendo, sem fala da doutora Laíz, que conversou muito comigo”; **Puérpera #3** “Os dotores são muito atensiosos, tirão todas nossas duvidas”; **Puérpera #4** “Estava com muito medo, ansiosa para ver o exame de ultrassonografia, medo de perder meu bebê, mais a Doutora Laíz conversou muito comigo, me explicou, pediu para o Doutor Cristos me explicar novamente, ele e o Doutor Jair, são muito atenciosos”; **Puérpera #5** “Graças a Deus e a equipe do Doutor Cristos, conseguimos vencer, agora minha Sarinha está na UTI mais se Deus quiser e por nossas orações ela vai já vai para casa com agente”; **Puérpera #6** “Tenho muito a agradecer ao Doutor Cristos, ele é muito atencioso, nos explica tudo bem direitinho, agradeço a Deus todos os dias por colocar ele em nosso caminho”. **Questão 4** – Você se sentiu Acolhida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo)? Doze (12) puérperas, 48% responderam que sim, treze (13) 52% responderam que não se sentiram acolhidas no setor, o que nos evidenciam a necessidade de aplicação de mais estudos

que nos permita verificar a razão e as medidas necessárias para reverter tal característica observada.

A última pergunta do questionário, foi elaborada com o intuito de verificar se o fluxo assistencial proposto sob a gestão do enfermeiro realmente está sendo vista pela ótica das clientes/pacientes como importantes para sua integralidade assistencial, como segue, *Questão 5* – Você acha/achou necessário conhecer a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo)? Obtivemos como resposta, vinte e duas (22) puérperas, totalizando 88%, respondendo que sim, determinando como necessária tal abordagem e três (03) puérperas, representando 12%, não respondendo à questão, a deixando em branco. Nos evidenciando a importância da aplicação de tal medida para a estruturação e concretização do vínculo materno, paterno e familiar como descreve Gaiva et. al. (2005), pp 446:

“A internação do prematuro na UTIN é uma situação de crise para toda a família, principalmente para a mãe. Esse é um ambiente estranho e assustador, além de que o bebê real é diferente do imaginado e o sentimento de culpa pelos problemas do filho atua como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês”.

Desta forma, o acolhimento aos pais, desempenha papel fundamental para que as experiências emocionais que venham ocorrer nesse período sejam melhores aceitas e o sofrimento dos pais minimizados. Sendo o acolhimento neste contexto entendido como o processo de receber e atender os membros da família do bebê, procurando integrá-los ao ambiente.



## 8. Conclusão

O ambulatório de Medicina Fetal, assim como a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um local destinado a receber o feto e recém-nascido, respectivamente, que por algum motivo, ainda durante o período gestacional ou ao nascer, necessitam de cuidados especializados, sendo ambos ambientes modificadores da estrutura familiar.

A notícia de um diagnóstico de alguma alteração fetal intrauterino que levará a este, a necessitar de internação na UTINeo, desperta nos pais sentimentos variados associados com o medo da morte de seu filho. Acreditamos que esse receio só poderá ser superado quando essas gestantes/puérperas, seus companheiros, e seu círculo familiar obtiverem mais informações sobre estas unidades, como: seu funcionamento, equipes, suas indicações, os procedimentos realizados e certeza de que não ficaram perdidas no vão que existe entre esses dois setores, certeza essa devido a vanguarda linha de cuidado sob a gestão clínica do enfermeiro, a qual esta pesquisa propôs, implantou e avaliou.

Desta forma, os objetivos deste estudo foram alcançados, pois além da cartografia e descrição da linha de cuidado sob gestão clínica do enfermeiro ligando os setores citados, contribuimos para com a melhoria da qualidade e segurança na assistência prestada, diminuindo a probabilidade desta gestante/puérpera ser perdida no fluxo assistencial durante seu itinerário terapêutico. Evidenciamos também a necessidade de novos estudos visando melhoria nos resultados obtidos relacionados ao acolhimento ao familiar no setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Esperamos ter provocado momentos de reflexão para que os profissionais de saúde prestem acompanhamento não somente ao recém-nascido enfermo, mas também à sua família.

## 9. Referências Bibliográficas:

ARAÚJO, F. Medicina Fetal. Info Escola. Disponível em: <http://www.infoescola.com/medicina/medicina-fetal/>. Acesso em: 30 ago. 2014.

BARROSO, Eduardo (2000) *Coragem Eduardo!*. 3.º ed. [S.L.]: Oficina do Livro.

BENT-KELLY, Dympna Van Den (1992) "Falta de comunicação" *Afars/wg*, 56,31-32.

BESEN, C. B.; SOUZA NETTO, M.; DA ROS, M. A.; SILVA, F.W.; SILVA, C. G; PIRES, M. F. A estratégia Saúde da família como Objeto de educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BITTI, P. R. e ZANI, B. (1997) *A comunicação como processo social*. Lisboa: Estampa. BOWLBY, John. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 466/MS/SVS de 04 de junho de 1998**. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466_98.htm)>. Acesso em: 31 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=25/02/2010>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

BRAZELTON, T. Berry. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 206 p.

BROCK, D.J.H., Sutcliffe RG. Alpha-fetoprotein in the antenatal diagnosis of anencephaly and spine bífida. *Lancet* 1972; 2: 197-9.

BUCKMAN, Robert (1992) *S'asseoir pour parler: l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades: guide du professionnel de santé*. Paris: Masson.

CARKHUFF, Robert R. (1988) *L'art d'aider*. Quebec :LesEditions de L'HOMME.

CARDOSO, Estela Mota e CARDOSO, Carlos Mota (1992) "A doença, o doente, e a ética na comunicação", *O Médico*, 2056, 52-55.

CHALIFFOUR, J (1989) *La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique humaniste*. Boxichevillç: Gaétan Morin Éditeur.

CHAVES NETO, Hermógenes Obstetrícia Básica. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

CORONETTI, A. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o Enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.35, n.4, 2006.

DIAS, Maria do Rosário (1994) "Informar os doentes oncológicos. Uma perspectiva de intervenção" in Teresa Mendonça McIntyre *Psicologia da saúde: Areas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: Associação Portuguesa de Psicólogos, 139-156.

DIAS, Maria do Rosário (1997) *A esmeralda perdida. A informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

DURA, Estrella (1998) "Aspectos psicosociales de la información al paciente con cáncer", *Enfermería Oncológica*, 5, 22-32.

FERREIRA, Evellisse Angélica Ferreira; VARGAS, Ieda Mara Avila; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe-filho: bases para assistência de enfermagem Pediátrica e Neonatal. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, out. 1998.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. et al. **CTI: atuação, intervenção e cuidados de Enfermagem**. São Paulo: Yendis Editora, 2006.

GALLO, M., Espinosa AM, Palermo M, Ramos, D Santiago, JC. In: Gallo M, direção e organização. *Ecografía fetal Semana 11-14 de embarazo*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda; 2009, p 109.

GAMEIRO, Manuel Henriques (1999) *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.

GOLDIM, José Roberto (2003) "*Estágios do processamento de entendimento de más notícias*", <http://Www.Utrgs.Br/Hcpa/Gppg/Estagiot.Htm>., 20 de Jan. 2015.

GOLEMAN, Daniel (1997) *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e debates.  
GOMEZ, Teresa Maria e MIR, Victoria e SERRATS, Maria Gracia (1990) *Como criar uma boa relação pedagógica*. Porto: Asa.

GOMES, A. L. *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. 2.ed. São Paulo: EPU, 1988.

HAHNEMANN, N., MOHR, J. Antenatal diagnosis in genetic disease. *Bulletin of the European Society of Human Genetics*, 1969; 3: p.217-234.

HOLZGREVE, H., Tercanli, S Surbek, D Miny, P. Métodos de diagnóstico invasivo. In: Rodeck CH, Whittle MJ, organizadores. *Medicina fetal fundamentos e prática clínica*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda; 2005, p 417-434.

JESUS, Elvino Henriques de. Padrões de Habilidade cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem (2004) Porto: [s. n.] Tese de Doutorado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

KFIR, Nira; SLEVTN, Maurice (1996) "A intervenção na crise em doentes oncológicos", in RoslynCorney *Desenvolvimento das perícias de comunicação e de aconselhamento em medicina. Lisboa: Climepsi Editores*73-

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, Jonh H. **Pais/ bebê: a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 329 p. il.

KIMURA, Amélia Fumiko. O nascimento: os familiares como participantes do processo de cuidar do recém-nascido. **Rev. Acta Paul. Enf.** São Paulo, v. 9, n. esp., p. 45-47, 1996.

LAZURE, Hélène (1994) *Viver a relação de ajuda*, Lisboa. Lusodidacta. LEVY, S. **Programa educação em saúde.** Disponível em:<<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 12 Jan. 2015.

LEONE, Cléa Rodrigues; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. **Assistência integrada ao Recém-nascido.** 5. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. 378 p.

LILEY, A.W. The use of amniocentesis and fetal transfusion in erythroblastosis fetalis. *Pediatrics* 1963; 35(5): 836-847.

MAUAD, F.F., Ferreira AC, Ramos D, Ferlin, RM, Oliveira FR, Gallo M. Osso nasal. In: Gallo M, direção e organização. *Ecografia fetal Semana 11-14 de embarazo.* Rio de Janeiro: Livraria e Editora RevinterLtda, 2009, p 121.

MELO, Maria da Luz (2005) *Comunicação com o doente. Certezas e incógnitas.* Loures: Lusociência, Loures.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas. **Grupos de educação em saúde como espaço de construção de corresponsabilidades: Um estudo de caso.** Londrina, Paraná. 2012.162f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Universidade Estadual de Londrina.

MONTENEGRO, C.A.B, Lima JR, Simões SL, Rezende J. Ultrassonografia em Obstetrícia e em Ginecologia. Rio de Janeiro: Editora Manole; 1976, p 1-4.

NÓBREGA, Fernando José de. **Vínculo mãe/filho.** Rio de Janeiro: Revinter, 2005.173 p.

OLIVEIRA, A.F.V.R. **Permanência dos pais na unidade de terapia intensiva neonatal: representações sociais de enfermeiras.** Defendida em 25 fev. 2008. 182f. Dissertação de Mestrado. UFBA, Salvador, 2008.

PAUL, P. A dimensão ética na educação para a saúde. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.14, n.1, p.30-40, 2005.

PARENTE, Paulo (1998) *Ética nos cuidados de saúde.* Coimbra: Formação e Saúde, Lda.

PINTO, J. B. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde da região Nordeste, Natal, 1982. **Ação Participativa:** metodologia. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 15 - 19.

PINTO. J. W. Diagnóstico pré natal. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7 (1): 139-157.

PILON, A.F. Desarrollo de la educación en salud: una actualización de conceptos. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo. v.20, n.5, p.391-396, 1986.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (1999) *Empatia e respeito.* 4<sup>o</sup> ed. Coimbra: Ariadne editora.

REZENDE, J.; MONTENEGRO A.C.N. *Obstetrícia Fundamental.* 12<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011.

RIBEIRO, José Luis Paiva e col (1995) " O exercício da psicologia clínica nas unidades de cuidados intensivos, in Leandro da Silva Almeida *Áreas de intervenção e compromissos sociais do psicólogo.* Lisboa: APPORT, 37-4.

RIBEIRO, Agostinho (2003) *O corpo que somos: aparência, sensualidade, comunicação* [s. 1.]: Ed. Notícias.

RIBEIRO, Y. C. AS DIMENSÕES DO CUIDADO DA ENFERMEIRA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. 2010. 83f. Tese de Mestrado. Defendida na UFPR, 2010, Curitiba.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; SIMPIONATO, Erica; MELLO, Débora Falleiros de. Apego mãe-filho: estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 56, n. 2, p. 125-129, mar/abr. 2003.

RODRIGUES, C.S. Sentidos, limites e potencialidades da medicina fetal: a visão dos especialistas / Cláudia Sampaio Rodrigues. 2010. IX, 88f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2010.

SANCHO, Marcos Gómez (2000) *Como dar las malas noticias en medicina*. T ed. Madrid: AránEdiciones, S.A.

SANTOS, Maria Irene A (2000) "A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das Coronárias ", *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 51-6.

SHALL, V.T. Debate sobre el artículo de Briceño-León. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.18-19, 1996.

SILVA, J.P.; ROTEMBERG, S.; VIANNA, E. C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.119-136, 2004.

SIMONI, G. et al. Efficient direct chromosome analysis and enzyme determinations from chorionic villi samples in the first trimester of pregnancy. *Human Genetics* 1983: 349-357.

SOARES, Maria Lúcia de Barros (2002) "O doente terminal, a morte anunciada.", *Cadernos de Bioética*, 28, 89-94.

SPÍNDOLA, T. O CTI sob a ótica da enfermagem. *Ver. Enf. UERJ*, Rio de Janeiro, V. 1, N. 2, p. 56-67, nov., 1993.

STEELE, M.W., Breg, W.R. Chromosome analysis of human amniotic-fluid cells. *Lancet* 1996, 1(7434): 383-5.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação em saúde: VALLA, V.S.; STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Roner-Dimoné, 1993.

SURRIBAS, Montserrat Busquets [et. Al.] (1994) "Ética y comunicación ", *Revista Rol de Enfermaria*, 193,61-64.

SZABO, J., Gellen, J. Nuchal fluid accumulation in trisomy 21 detected by vaginosonography in first trimester. *Lancet* 1990; (336):1133.

TAYLOR, K. M. (1988) "Telling bad news. Physicians and the disclosure of undesirable information", *Sociology of Health and illness*, 2, 109-132.

TEIXEIRA, José A. Carvalho (2000) "Problemas de comunicação em saúde e suas consequências", in Isabel Trindade e José A. Carvalho Teixeira *Psicologia nos Cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores, 107-111.

THIOLLENT, M. Concepção e organização da pesquisa. In: THIOLLENT, M.

**Metodologia da pesquisa-ação**. 13 ed. São Paulo: Cortez, 2004, p.47-72.

TORRES, G. de V; ENDERS, B.C. Atividades educativas na prevenção de Aids em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Revista Latinoamericade enfermagem**. Ribeirão Preto, v.7, n.2, p.71-77, 1999.

WALDOW, Vera Regina **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 204 p.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepção de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 17-25, 2003.

WERNER, J. H., Werner, C.P.S.P. Ressonância magnética no diagnóstico pré-natal . In: Isfer EV, Sanchez RC, Saito M, organizadores. *Medicina fetal diagnóstico pré-natal e conduta*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora RevinterLtda; 1996, p. 366.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev Latino-amEnferm**, v.10, n.2, p.137-144, 2002.



*Apêndice 1.**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “*A Enfermagem e a Linha de Cuidado da Medicina Fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – Novos Horizontes.*”, cujos objetivo é “elaborar uma linha de cuidado sob gestão clínica do Enfermeiro ligando o Ambulatório de Medicina Fetal à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a manutenção da saúde perinatal”.

A minha participação no referido estudo será no sentido de avaliação se a linha de cuidado desenvolvida na maternidade escola, dirigida às gestantes apresentando idade gestacional de 32 semanas ou mais, atendidas pelo ambulatório de medicina fetal, representa uma melhora na qualidade de assistência à saúde às gestantes.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: A elaboração de uma cartilha para esclarecimento de dúvidas relacionadas a seu estado gestacional; Maior entendimento do funcionamento e função da Unidade de Terapia Intensiva; Atendimento por uma equipe multiprofissional.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, os possíveis desconfortos enfrentados pela gestante/participante, poderá ser sobrecarga psicológica, dos eventos aos quais estará passando momentaneamente.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informada (o) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são **Tiago Pereira Rodrigues, Residente Multiprofissional em saúde Perinatal – Maternidade Escola/UFRJ** e com eles poderei manter contato pelo telefone 021 – 987935135.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para a Comissão de Ética da Maternidade Escola - UFRJ (21) 2285-7935 / 2205-9064 ou mandar um *e-mail* para [pesquisa@me.ufrj.br](mailto:pesquisa@me.ufrj.br).

Rio de Janeiro, de

de 2015.

*Nome e assinatura do sujeito da pesquisa*

*Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(responsáveis)*

**Tiago Pereira Rodrigues**

**Apêndice 2.**

***Questionário***

1. Você conhece/ou já teve filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo)?

SIM                       NÃO

2. Quando apresentada a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo), você conseguiu compreender a unidade?

SIM                       NÃO

3. Você se sentiu acolhida durante sua passagem pelo Ambulatório de Medicina fetal?

SIM                       NÃO

4. Você se sentiu Acolhida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo)?

SIM                       NÃO

5. Você acha/achou necessário conhecer a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo)?

SIM                       NÃO